Deutscher Bundestag **Drucksache 16/5378**

16. Wahlperiode 18. 05. 2007

Antwort
der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Dr. Karl Addicks, Hellmut Königshaus, Dr. Werner Hoyer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/3209 –

Gesundheit in Entwicklungsländern

Vorbemerkung der Fragesteller

Drei der acht Millenniumsentwicklungsziele (MDG) behandeln den Gesundheitssektor: Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten und die Senkung der Kindersterblichkeit. Diese im Jahr 2001 formulierten MDG dienen der Umsetzung der Millenniumserklärung, welche im September 2000 von 189 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen beschlossen worden ist und worin sich sowohl reiche als auch arme Länder verpflichten, alles daran zu setzen, die weltweite Armut drastisch zu senken.

Die Gesundheitsversorgung spielt dabei eine sehr wichtige Rolle, denn sie ist einer der Schlüsselfaktoren, die zur Entwicklung eines Landes beitragen. Nur mit einer gesunden Bevölkerung kann sich ein Land wirtschaftlich entfalten und die Menschen die Entwicklung ihres Landes vorantreiben. Dies ist nicht möglich, wenn der größte Teil der Bevölkerung zu jung, zu alt oder zu krank zum Erwirtschaften und Arbeiten ist. Nach wie vor sterben in vielen Ländern Menschen immer noch an Krankheiten, die einfach zu behandeln wären. So ist das Risiko, an einer Infektionskrankheit zu sterben, heute in Afrika und Südostasien mit 45 Prozent fast doppelt so hoch wie im weltweiten Durchschnitt. Diese „Armutskrankheiten“, aber auch HIV/Aids und Malaria führen dazu, dass die Lebenserwartung in Entwicklungsländern teilweise bis zu 30 Jahren unter der in Industriestaaten liegt. Mangelhafte Gesundheitsdienste, Unterernährung, verschmutztes Trinkwasser und schlechte hygienische Bedingungen sind nach wie vor Hauptursachen dafür.

Mit der Umsetzung der MDG bis 2015 hat sich die Internationale Völkergemeinschaft ein ehrgeiziges Ziel gesteckt – wenn das erreicht werden soll, müssen nun Taten folgen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Gesundheitsstand der Bevölkerung in Entwicklungsländern liegt durchschnittlich weit unter dem in Industrieländern. Krankheiten wie HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose bedrohen in Entwicklungsländern insbesondere das

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 16. Mai 2007 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Leben armer Menschen, weil diese häufig keinen ausreichenden Zugang zu Information, Präventionsmöglichkeiten und wirksamen Medikamenten haben. Frauen und Kinder sind besonders stark betroffen. Da die Gesundheit der Bevölkerung eine unverzichtbare Basis für eine positive wirtschaftliche, soziale und politische Entwicklung eines Landes ist, gefährdet eine unzureichende Gesundheitsversorgung die Entwicklungschancen vieler Länder.

Gesundheit hat daher eine herausragende Bedeutung auf der internationalen Entwicklungsagenda. Drei der acht Millenniumsentwicklungsziele, denen auch die Bundesregierung verpflichtet ist, beziehen sich direkt auf die Verbesserung der Gesundheit. Bis 2015 soll die Kindersterblichkeit reduziert, die große Zahl der Todesfälle von Müttern bei der Geburt vermindert und die Verbreitung von HIV/Aids, Malaria und anderen Infektionskrankheiten eingedämmt werden.

Die genannten Ziele bestimmen die elementaren Arbeitsfelder der Bundesregierung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Menschen in ihren Partnerländern.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit hat im Gesundheitsbereich zu wesentlichen Erfolgen beigetragen. Über multilaterale Beiträge unterstützt die Bundesregierung beispielsweise den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), durch dessen Arbeit seit 2002 1,5 Millionen Menschenleben gerettet werden konnten. Darüber hinaus engagiert sich die Bundesregierung in der HIV/Aids-Bekämpfung über Beiträge an UNAids, WHO, UNFPA, IPPF, sowie die Weltbank und die Europäische Kommission.

Im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit wurden in mehreren Ländern Basisgesundheitsdienste unterstützt. Über 300 Millionen Menschen konnten durch Programme zur Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit und HIV/Aids und zur Bereitstellung von Kondomen erreicht werden. In verschiedenen Ländern wurden mit deutscher Unterstützung tragfähige Finanzierungsmechanismen errichtet, die Gesundheitsdienste auch für arme Bevölkerungsgruppen zugänglich machen.

I. Gesundheit allgemein

1. Welchen Stellenwert räumt die Bundesregierung in ihrer Entwicklungspolitik dem Gesundheitssektor ein?

Die Bundesregierung hat sich im Jahr 2000 zu den Zielen der Millenniumserklärung (Millennium Development Goals, MDGs) der Vereinten Nationen verpflichtet und richtet ihre Entwicklungspolitik daran aus.

Das Thema Gesundheit bildet daher einen Schwerpunkt der bilateralen und multilateralen deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Die Arbeitsbereiche der Bundesregierung zur Verbesserung des Gesundheitsstandes der Menschen in Partnerländern entsprechen der Ausrichtung der Millenniumsentwicklungsziele. Im Zentrum stehen die Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit, die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, sowie die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten. Darüber hinaus fördert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit die Stärkung von Gesundheitssystemen, sowie die Entwicklung tragfähiger und solidarischer Krankenversicherungssysteme. Indem die Bundesregierung die Themen reproduktive Gesundheit, Bevölkerungswachstum und Förderung sozialer Sicherungssysteme als Querschnittsthemen in ihren Programmen verankert, trägt sie zusätzlich in vielfältiger Form zu positiven Veränderungen im Gesundheitssektor der Partnerländer bei.

Die Bundesregierung hat ihr Engagement im Kampf gegen die HIV/Aids-Pandemie Anfang März 2007 mit der Verabschiedung des Aktionsplans zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie bekräftigt. Da Frauen und Mädchen in Entwicklungsländern zunehmend von HIV und den Folgen von Aids betroffen sind, erachtet die Bundesregierung die Stärkung und den Schutz von Frauen und Mädchen als wesentlichen Bestandteil erfolgreicher HIV/Aids-Bekämpfungsmaßnahmen.

Im Rahmen des deutschen EU-Ratsvorsitzes sowie der G8-Präsidentschaft hat die Bundesregierung den Themen HIV/Aids, Gesundheitssysteme, sowie Fachkräftemangel im Gesundheitswesen einen besonderen Stellenwert eingeräumt.

2. Welchen Beitrag leistet die Bundesregierung seit 1998 insgesamt pro Jahr für den Gesundheitssektor in Entwicklungsländern, und hält sie diesen für ausreichend?

Die Ausgaben für den Gesundheitssektor einschließlich des Bereichs reproduktive Gesundheit betragen:

1998: 206,4 Mio. Euro

1999: 211,4 Mio. Euro

2000: 166,0 Mio. Euro

2001: 196,5 Mio. Euro

2002: 286,6 Mio. Euro

2003: 285,5 Mio. Euro

2004: 281,6 Mio. Euro

2005: 302,1 Mio. Euro

Die Beträge beinhalten bilaterale Leistungen sowie multilaterale Beiträge zu GFATM, WHO, UNFPA, UNAids und IPPF.

Die EU-Kommission hat ihre Leistungen zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose in Entwicklungsländern im Zeitraum 2003 bis 2006 deutlich erhöht auf 279,3 Mio. Euro jährlich gegenüber 59,3 Mio. Euro jährlich im Zeitraum 1994 bis 2002. Entsprechend ist der anteilige deutsche Beitrag an den Zusagen der EU-Kommission von 11,9 Mio. Euro jährlich von 1994 bis 2002 auf 55,9 Mio. Euro jährlich im Zeitraum 2003 bis 2006 gestiegen.

Die Weltbank (IBRD) hat von 2000 bis 2005 insgesamt rund 3,5 Mrd. USD für Gesundheit einschließlich reproduktiver Gesundheit ausgezahlt. Gemessen am deutschen Kapitalanteil entspricht das einem deutschen Anteil in Höhe von rund 158 Mio. USD.

Darüber hinaus wurden aus IDA-Mitteln (zinsvergünstigte Kredite mit langer Laufzeit für Länder mit niedrigem Einkommen) im gleichen Zeitraum insgesamt rund. 4,9 Mrd. USD ausgezahlt. Gemessen am deutschen Beitrag zu den Wiederauffüllungen von IDA liegt der Anteil der Bundesregierung hierbei bei rund 518 Mio. USD bzw. bei jährlich 86,3 Mio. USD.

3. Werden alle Mittel, die für die Verbesserung des Gesundheitssektors in Entwicklungsländern eingesetzt werden, aus dem Einzelplan 23 finanziert oder sind auch andere Einzelpläne/Bundesministerien daran beteiligt?

Aufgrund seiner Zuständigkeit für den Bereich der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit erfolgt der ganz überwiegende Teil aus dem Einzelplan 23. Allerdings werden auch Mittel aus anderen Bundesministerien für den Gesundheitssektor bereitgestellt.

4. Wenn ja, welche und in welcher Höhe pro Jahr seit 1998?

Aus nachstehender Aufstellung ergeben sich die bilateralen ODA (Official Development Assistance) – Leistungen anderer Ressorts.

Bilaterale ODA-Leistungen der Ressorts (außer BMZ) für den Gesundheitssektor in Entwicklungsländern 1998 bis 2005 (– in 1 000 Euro –)

Ressort	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
AA					335			
BMELV							174	
BMVg	4 766	1 103	187	98	70			
BMG	71							
BMBF	1 028	696	819	646	322	101	845	1 061

5. Wenn ja, wie stimmen sich die verschiedenen Ministerien bei der Verwendung der Mittel ab?

Die Abstimmung erfolgt gemäß der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesregierung.

6. Welchen Anteil hat die Verbesserung des Gesundheitssektors in Entwicklungsländern an der gesamten deutschen Entwicklungszusammenarbeit seit 1998, aufgeschlüsselt nach Anteil und Jahr, und wie beurteilt die Bundesregierung dieses Verhältnis?

Der Anteil der bilateralen ODA-Leistungen (Zusagen) an der gesamten deutschen bilateralen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor einschließlich der reproduktiven Gesundheit/Bevölkerungspolitik betrug in Prozent:

1998	3,8
1999	3,6
2000	3,4
2001	3,5
2002	4,4
2003	4,1
2004	4,0
2005	2,1

Der prozentuale Abfall 2005 gegenüber den Vorjahren erklärt sich aus dem hohen Anteil der Schuldenerlasse an den ODA-Leistungen im Jahr 2005. Dadurch sinken im Verhältnis alle anderen Anteile, auch wenn sie absolut gestiegen sind.

7. Welche Erfolge hat die Bundesregierung seit 1998 in dem Gesundheitssektor in Entwicklungsländern zu verzeichnen, und worauf führt sie diese zurück?

Die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor trägt zu einem verbesserten Zugang von Armen zu Gesundheitsversorgung und sozialer Sicherung bei.

Die Beiträge der Bundesregierung im Gesundheitssektor der Entwicklungsländer sind auf international vereinbarte Ziele und Vorgehensweisen der Entwicklungszusammenarbeit abgestimmt. Sie orientieren sich insbesondere an den Millenniumsentwicklungszielen und an der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit. Auf Länderebene sind sie Teil gemeinsamer Strategien der betreffenden Länder mit ihren Entwicklungspartnern. Auf globaler Ebene beteiligt sich die Bundesregierung aktiv an internationalen Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen. An der Entwicklung und dem Einsatz von Monitoringinstrumenten zu globalen und länderbezogenen Zielen ist die deutsche Entwicklungszusammenarbeit wesentlich beteiligt.

Schwerpunkte sind entsprechend der Millenniumsentwicklungsziele die Verbesserung von Mütter- und Kindergesundheit, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRG) einschließlich HIV/Aids-Bekämpfung, sowie die Bekämpfung von Malaria, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten.

Einige konkrete Ergebnisse/Erfolge:

– Aufbau von Basisgesundheitsdiensten mit definierten Leistungskatalogen und Verfahren der Qualitätssicherung (Länderbeispiele Tansania, Indien, Bangladesch, Kambodscha, Marokko, Guinea).

– HIV/Aids-Prävention mit HIV/SRG-Aufklärungskampagnen und der Bereitstellung von Kondomen. Diese über die finanzielle Zusammenarbeit geförderten Vorhaben (2000 bis 2005 geprüft) richten sich an über 300 Millionen Menschen. Mit speziellen Maßnahmen werden gezielt auch Gruppen mit ausgeprägtem Infektionsrisiko wie Jugendliche, Sexarbeiterinnen, Fernfahrer oder Militärs erreicht. Hiermit trägt die Bundesregierung insbesondere in vielen Ländern in Afrika südlich der Sahara wesentlich zu einem verbesserten Zugang zu Kondomen und einem veränderten Verhalten im Umgang mit HIV/Aids und Sexualität bei, wie durch so genannte KAP-Studien (Knowledge – Attitude – Practice) belegt wird. UNAids hat diesen Social Marketing-Ansatz daher als Best Practice im Bereich der HIV-Prävention ausgewiesen.

– Stärkung des Rechts auf reproduktive Gesundheit und Zugang zu Verhütungsmitteln, verbesserte Umsetzung dieses Rechts (Länderbeispiele Bangladesch, Vietnam, Burkina Faso, Tansania, Mosambik, Marokko, Jemen). So engagiert sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit seit Jahren stark im Bereich der Bereitstellung von Gütern der reproduktiven Gesundheit, besonders bei der Versorgung mit Kondomen und Kontrazeptiva. In den Jahren 2000 bis 2005 wurden dafür insgesamt knapp 121 Mio. US-Dollar bereitgestellt. Damit steht Deutschland hinter UNFPA und USAID (United States Agency for International Development) weltweit an dritter Stelle.

– Einführung tragfähiger Finanzierungsmechanismen für Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern, einschließlich Ansätzen zu sozialen Sicherungssystemen/sozialer Krankenversicherung mit Einbeziehung privater Leistungserbringer (Länderbeispiele Kenia, Indonesien, Philippinen). Durch innovative Finanzierungsansätze wirkt die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit strukturbildend. In Kenia und Uganda etwa machen Gutscheine sichere Geburten und die Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten auch für arme Bevölkerungsschichten erschwinglich. Die Leistungen umfassen auch

Leistungen für Opfer sexueller Gewalt (sexuelle und reproduktive Rechte, Enttabuisierung des Dialogs zu diesem Thema). Um den Zugang zu und die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern, werden neben den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen auch akkreditierte private Dienstleister in die Leistungserbringung einbezogen

– Kontrolle von Tuberkulose. In Zentralasien können im Rahmen der 2005 geprüften Vorhaben zur Tuberkulose-Bekämpfung etwa 60 000 Tuberkulose-Infektionen vermieden werden. Das regionale Programm verbessert die Diagnose und die Behandlung der Tuberkulose entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen DOTS-Strategie (Directly Observed Treatment Short Course).

– Polio. Gemeinsam mit anderen Gebern leistet die bilaterale deutsche Finanzielle Zusammenarbeit mit Indien (und Nigeria) einen Beitrag, um Polio noch in diesem Jahrzehnt auszurotten.

– Armutsassoziierte Infektionskrankheiten. Unterstützung der Eliminierung der tropischen Infektionskrankheiten Leishmaniose und lymphatische Filariose (global und regional, Länderbeispiel Indonesien).

– Verbesserung des Zugangs zu Mitteln aus globalen Finanzierungsmechanismen (zum Beispiel GFATM) durch gezielte Beratung, sowie fachliche Unterstützung bei Durchführung und Monitoring. Die Bundesregierung trägt dadurch zur Ausweitung von Maßnahmen gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria bei (Länderbeispiele Kenia, Ruanda, Philippinen).

Die erzielten Erfolge sind wesentlich auf die Armutsorientierung der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit sowie auf das fachliche Know-how und die Erfahrungen der Durchführungsorganisationen in der Zusammenarbeit mit ihren Partnern zurückzuführen. Auch eine ausgeprägte Zielgruppenbezogenheit, Genderorientierung sowie Partizipation und die Berücksichtigung sozio-kultureller Faktoren tragen zum Erfolg von Vorhaben der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich bei.

8. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung speziell für die Erreichung der drei genannten MDG im Gesundheitsbereich, und wie beurteilt sie deren weltweiten Erreichungsgrad?

Zur Erreichung der drei genannten MDGs im Gesundheitswesen beteiligt sich die Bundesregierung an der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen internationaler Organisationen, der Europäischen Union und globaler Partnerschaften; sie unterstützt darüber hinaus direkte Maßnahmen international tätiger Nichtregierungsorganisationen (NROs). Darüber hinaus trägt die bilaterale technische und finanzielle Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern zur Erreichung dieser MDGs bei.

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan 2015 die Umsetzungsstrategie der Millenniumserklärung dargestellt. Die MDGs sind der Bezugsrahmen für die Evaluierung der Gesundheitsvorhaben der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit. Die Unterstützung der Partnerländer bei der Erreichung der MDGs ist somit in den Zielhierarchien der Vorhaben verankert. Dies bedeutet, dass erfolgreiche Entwicklungspolitik an den erzielten Wirkungen gemessen wird.

Die Zusammensetzung der Portfolios der Durchführungsorganisationen im Gesundheitsbereich spiegeln die Armuts- und MDG-Orientierung deutlich wider. Beispiele für den Erfolg dieser Ausrichtung im Rahmen der bilateralen Zusammenarbeit finden sich unter Frage 7.

Darüber hinaus ist hervorzuheben:

Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten

Deutschland beteiligt sich direkt und über die EU an der Bereitstellung von Mitteln für den GFATM. Mit der BACKUP Initiative unterstützt sie die effiziente Nutzung des GFATM in Entwicklungsländern. Es handelt sich um ein innovatives Modell, das als wirksamer „Transmissionsriemen“ zwischen einem der großen globalen Finanzierungsmechanismen einerseits und nationaler Planung und Umsetzung andererseits auch eine international anerkannte exemplarische Bedeutung hat. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ist darüber hinaus vertreten in WHO/EuroO, im Stop TB Partnership und im WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

Die deutsche Entwicklungspolitik ist bilateral in fast 50 Ländern im Bereich HIV/Aids mit international anerkannten, innovativen Ansätzen aktiv und unterstützt derzeit in 15 Ländern den Gesundheitssektor mit umfassenden Programmen.

Mit der Initiative European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) werden nach Artikel 169 EG-Vertrag gemeinsam mit europäischen und afrikanischen Partnern klinische Studien zur Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen gegen HIV/Aids, Malaria sowie Tuberkulose vorangetrieben und die gemeinsamen Forschungsanstrengungen harmonisiert. Insgesamt sieht das Programm die Investition von 600 Mio. Euro vor, die zu gleichen Teilen (200 Mio. Euro) von der EU-Kommission, von den beteiligten Mitgliedstaaten und aus weiteren öffentlichen und privaten Mitteln aufgebracht werden.

Senkung der Kindersterblichkeit

Durch ihre Beiträge zu multilateralen Organisationen wie WHO und zu globalen Partnerschaften wie der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (Global Alliance for Vaccines and Immunization, GAVI) unterstützt die Bundesregierung nationale Impfkampagnen gegen Masern und Kinderlähmung sowie Programme zur rechtzeitigen Behandlung von Durchfallerkrankungen, Malaria und Atemwegsinfektionen, die sich vor allem an Kinder und Mütter richten. In der bilateralen Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern unterstützt das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit einen integrierten Programmansatz. Dieser Ansatz beinhaltet sowohl präventive als auch kurative Elemente, die von Gesundheitsdiensten, Gemeinden und Familien gleichermaßen umgesetzt werden. Die Zusammenarbeit erfolgt auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene und unter Einbindung der Zivilgesellschaft. Dabei umfasst die Beratung im Gesundheitsbereich auch Elemente, die sich kritisch mit solchen traditionellen Vorstellungen und Praktiken befassen, die Menschenrechtsverletzungen darstellen und die Gesundheit von Kindern gefährden, wie die weibliche Genitalverstümmelung (zum Beispiel Afrika südlich der Sahara) und die geringere Wertschätzung von Mädchen gegenüber Jungen (zum Beispiel Südasien). Im Hinblick auf bedeutende Einflussfaktoren der Kindergesundheit, die nicht unmittelbar im Bereich der Gesundheitsdienste liegen, zum großen Teil aber andere Millenniumsentwicklungsziele betreffen – wie Bildungsstand der Mütter, Ernährung, Zugang zu sauberem Trinkwasser – werden systematisch auch intersektorale Kooperationen gefördert.

Verbesserung der Gesundheit von Müttern

Die Gesundheit von Frauen ist ein entscheidender Parameter für Armutsbekämpfung und nachhaltige Entwicklung. Auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung in Kairo (1994) wurde die enge Verbindung

zwischen Entwicklung, Teilhabe/Empowerment sowie reproduktiver Gesundheit und Rechte anerkannt. Dennoch sterben jährlich noch immer über eine halbe Million Frauen an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie an nicht fachgerecht durchgeführten Abtreibungen. Mangel an Aufklärung und Verhütungsmitteln und unzureichender Zugang zu qualitativ guten Gesundheitsdiensten, aber auch häufig die Verwehrung elementarer Grundrechte sowie die Ausübung geschlechtsspezifischer Gewalt sind die Hauptursachen für diese Situation.

In der deutschen Entwicklungszusammenarbeit werden Maßnahmen zur Verbesserung der Müttergesundheit in Programmen der Basisgesundheitsversorgung und der reproduktiven Gesundheit gefördert. Ansatzpunkte sind: Aufklärung über Verhütungsmethoden und sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV/Aids, bessere Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, Ausbildung von Geburtshelfern und medizinischem Personal in Zusammenhang mit Schwangerschaftsvorsorge. Entscheidend ist darüber hinaus die Stärkung der gesellschaftlichen Rolle sowie der Rechte von Frauen und Mädchen. Wichtig ist dabei auch die Einbeziehung von Männern bei Verhütung, Schwangerschaft, Geburt und verantwortungsvoller Vaterschaft. Darüber hinaus tragen Vorhaben der Grundbildung und Frauenförderung indirekt zur Erreichung dieses Ziels bei. Weltweit fördert die deutsche Entwicklungszusammenarbeit derzeit in mehr als 60 Projekten entsprechende Aktivitäten. Hinzu kommen Beiträge zu multilateralen Organisationen (UNFPA, Weltbank, EU etc.) und Nichtregierungsorganisationen wie zum Beispiel die International Planned Parenthood Federation (IPPF, Dachverband von Nichtregierungsorganisationen im Bereich Familienplanung). Deutschland (BMZ/KfW) ist Mitglied der internationalen Reproductive Health Supplies Coalition und hat derzeit den Ko-Vorsitz inne.

Übergreifende Maßnahmen

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit fördert die Stärkung von Gesundheitssystemen, Ansätze zur Verbesserung der Personalsituation (Überwindung der Personalkrise), das Zusammenwirken staatlicher und privater Träger und die Entwicklung tragfähiger und solidarischer Systeme der Gesundheitsfinanzierung. Diese übergreifenden Schwerpunkte sind für die Erreichung jedes der gesundheitsbezogenen MDGs wichtig.

Die Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe fordert unter anderem eine systematischere, an komparativen Vorteilen ausgerichtete Zusammenarbeit nationaler und internationaler Akteure und eine größere Geberharmonisierung. Deutschland hat als eines der ersten OECD-Mitglieder einen Operationsplan für ein Reformprogramm zur Umsetzung dieser Erklärung erarbeitet. Der Plan verknüpft die Ausrichtung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit auf die MDGs mit Maßnahmen, die im Sinne der Erklärung von Paris die Qualität und Wirkung der Entwicklungszusammenarbeit erhöhen.

Beurteilung der weltweiten Erreichung der drei genannten MDGs

Der weltweite Erreichungsgrad der MDGs ist regional sehr unterschiedlich zu beurteilen.

Trotz eindeutiger Fortschritte und Erfolge in Teilbereichen und in bestimmten Ländern und Regionen ist die Erreichung der drei auf den Gesundheitssektor bezogenen MDGs gefährdet. Dies trifft besonders auf Afrika südlich der Sahara zu, betrifft aber auch andere Regionen. Armut und extreme Ungleichheit der Einkommensverteilung auch innerhalb von Ländern, die wirtschaftlich schnelle Fortschritte verzeichnen, sind bedeutende Einflussfaktoren für das Auseinanderklaffen der Entwicklungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen MDGs. Positiv ist hier aber auch das gestiegene Engagement der afrikanischen Regierungen

zu vermerken, wie es seinen Ausdruck unter anderem in dem sehr konkreten und handlungsorientierten Maputo-Aktionsplan zu reproduktiver Gesundheit vom September 2006 findet.

Eine differenzierte Bestandsaufnahme und Analyse enthält der 2005 erschienene WHO-Bericht „Health and the Millennium Development Goal“. Dieser Bericht nennt fünf Kernelemente, die zur Beschleunigung des Fortschritts erforderlich sind: 1) Stärkung der Gesundheitssysteme; 2) Prioritätensetzung für Gesundheit in der Entwicklungs- und Wirtschaftspolitik; 3) Eingehen auf unterschiedliche und neu entstehende Gesundheitsprobleme der Länder, ein breiteres Spektrum an Aktionen im Gesundheitsbereich; 4) Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen und effizientere, gerechtere Nutzung der Ressourcen in armen Ländern; 5) verbesserte Qualität der Gesundheitsdaten und des Fortschrittsmonitoring der gesundheitsbezogenen MDGs.

9. Wie hat sich die Gesundheit von Müttern seit der Formulierung der MDG in den deutschen Partnerländern verändert, und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Müttergesundheit entwickelt sich im regionalen Vergleich sehr unterschiedlich: während viele Länder in Nordafrika, Westasien und Lateinamerika wesentliche Fortschritte zu verzeichnen haben, ist die Müttersterblichkeit insbesondere in Afrika südlich der Sahara und in Südasien weiterhin sehr hoch, so dass viele Länder dieser Regionen das Millenniumsentwicklungsziel 5 (MDG 5) möglicherweise nur verzögert erreichen werden.

Ursachen für die anhaltend hohe Mütter- und Schwangerensterblichkeit sind der eingeschränkte Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen und damit einhergehend der Mangel an Aufklärung, an Verhütung und an medizinischer Betreuung für Schwangere, von Geburten sowie der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Die Bundesregierung fördert einen umfassenden Ansatz mit folgenden zentralen Maßnahmen:

1. Stärkung von institutionellen und menschlichen Kapazitäten zur Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt; 2. Förderung eines rechtsbasierten Vorgehens zur Verbesserung des Zugangs für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, der Partizipation von Individuen und Gemeinschaften, der Unterstützung nationaler Reformprozesse; 3. Förderung integrierter Programme der Familienplanung und reproduktiven Gesundheit, einschließlich HIV/Aids.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit in diesem Bereich erfolgt in Partnerländern wie zum Beispiel Burkina Faso, Kenia, Nepal, den Philippinen, Tansania und Vietnam.

10. Wie haben sich die Raten von HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose, seltenen Infektionskrankheiten uns sonstigen Parasitosen seit der Formulierung der MDG in den deutschen Partnerländern verändert, und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Das im Jahr 2000 formulierte sechste Millenniumsentwicklungsziel (MDG 6) sieht vor, bis 2015 die Ausbreitung von HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose und anderen schweren Krankheiten zum Stillstand zu bringen und die Entwicklung allmählich umzukehren.

HIV/Aids:

Die Entwicklung im Bezug auf HIV/Aids ist weiterhin besorgniserregend. Derzeit sind ca. 40 Millionen Menschen weltweit infiziert, davon leben 95 Prozent in Entwicklungsländern, und 25 Millionen Menschen sind bereits an der Krankheit gestorben. Stark ansteigende Infektionsraten sind in den vergangenen Jahren vor allem in einigen Ländern Afrikas südlich der Sahara sowie in Ostasien und Osteuropa zu beobachten. Die Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie in den Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit fügt sich in diese regionalen Trends ein.

Außerhalb von Afrika und Osteuropa weisen besonders China, Indonesien, Vietnam, Bangladesch und Pakistan seit 2000 steigende Prävalenzraten auf; in diesen Ländern werden in der Entwicklungszusammenarbeit auch HIV/Aids-Programme im Rahmen der Förderung der Gesundheitssystementwicklung unterstützt. Die Partnerländer Kenia, Thailand und Kambodscha zählen zu den wenigen Staaten mit sinkenden HIV-Prävalenzraten.

Seit 2000 hat sich der Zugang zu Behandlungsprogrammen, vor allem zu antiretroviralen Therapien (ART), wesentlich verbessert. 2005 erhielten mehr als 1,3 Millionen Menschen ART, was einen mehr als achtfachen Anstieg seit 2003 bedeutet. In den deutschen Partnerländern Namibia und Uganda können inzwischen mehr als 50 Prozent der Menschen, die ART benötigen, diese auch nutzen.

Dass ein erfolgreicher Kampf gegen HIV/Aids möglich ist, hat Brasilien gezeigt. Dort konnte durch einen besonders weit reichenden kostenlosen Zugang zu ART und durch die enge Zusammenarbeit der Regierung mit besonderen Risikogruppen, wie Prostituierten und Menschen, die Drogen injizieren, ein Ansteigen der HIV-Infektionsrate verhindert werden.

Regionale HIV- und AIDS-Statistik, 2004 und 2006

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	HIV-Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%)*	AIDS Todesfälle unter Erwachsenen und Kindern
Afrika südlich der Sahara				
2006	24,7 Millionen [21,8–27,7 Millionen]	2,8 Millionen [2,4–3,2 Millionen]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 Millionen [1,8–2,4 Millionen]
2004	23,6 Millionen [20,9–26,4 Millionen]	2,6 Millionen [2,2–2,9 Millionen]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 Millionen [1,7–2,3 Millionen]
Naher Osten und Nordafrika				
2006	460.000 [270.000–760.000]	68.000 [41.000–220.000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36.000 [20.000–60.000]
2004	400.000 [230.000–650.000]	59.000 [34.000–170.000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33.000 [18.000–55.000]
Süd- und Südostasien				
2006	7,8 Millionen [5,2–12,0 Millionen]	860.000 [550.000–2,3 Millionen]	0,6% [0,4%–1,0%]	590.000 [390.000–850.000]
2004	7,2 Millionen [4,8–11,2 Millionen]	770.000 [480.000–2,1 Millionen]	0,6% [0,4%–1,0%]	510 000 [330 000–740 000]
Ostasien				
2006	750.000 [460.000–1,2 Millionen]	100.000 [56.000–300.000]	0,1% [<0,2%]	43.000 [26.000–64.000]
2004	620.000 [380.000–1,0 Millionen]	90.000 [50.000–270.000]	0,1% [<0,2%]	33.000 [20.000–49.000]
Ozeanien				
2006	81.000 [50.000–170.000]	7100 [3400–54.000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4000 [2300–6600]
2004	72.000 [44.000–150.000]	8000 [3900–61.000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2900 [1600–4600]
Lateinamerika				
2006	1,7 Millionen [1,3–2,5 Millionen]	140.000 [100.000–410.000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65.000 [51.000–84.000]
2004	1,5 Millionen [1,2–2,2 Millionen]	130.000 [100.000–320.000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53.000 [41.000–69.000]
Karibik				
2006	250.000 [190.000–320.000]	27.000 [20.000–41.000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19.000 [14.000–25.000]
2004	240.000 [180.000–300.000]	25.000 [19.000–35.000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21.000 [15.000–28.000]
Osteuropa und Zentralasien				
2006	1,7 Millionen [1,2–2,6 Millionen]	270.000 [170.000–820.000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84.000 [58.000–120.000]
2004	1,4 Millionen [950.000–2,1 Millionen]	160.000 [110.000–470.000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48.000 [34.000–66.000]
West- und Mitteleuropa				
2006	740.000 [580.000–970.000]	22.000 [18.000–33.000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12.000 [<15.000]
2004	700.000 [550.000–920.000]	22.000 [18.000–33.000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12.000 [<15.000]
Nordamerika				
2006	1,4 Millionen [880 000–2,2 Millionen]	43.000 [34.000–65.000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18.000 [11.000–26.000]
2004	1,2 Millionen [710 000–1,9 Millionen]	43.000 [34.000–65.000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18.000 [11.000–26.000]
GESAMT				
2006	39,5 Millionen [34,1–47,1 Millionen]	4,3 Millionen [3,6–6,6 Millionen]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 Millionen [2,5–3,5 Millionen]
2004	36,9 Millionen [31,9–43,8 Millionen]	3,9 Millionen [3,3–5,8 Millionen]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 Millionen [2,3–3,2 Millionen]

Malaria:

Jedes Jahr erkranken zwischen 350 und 500 Millionen Menschen an einer Malariainfektion. Die Sterberate liegt bei einer Million Menschen pro Jahr, obwohl ihr vorgebeugt werden kann und die Krankheit heilbar ist. Besonders betroffen sind Kinder und schwangere Frauen sowie Menschen, die in Krisengebieten leben. Der am stärksten betroffene Kontinent ist Afrika, in dem 90 Prozent der Malaria-Todesfälle vorkommen; auch Süd- und Zentralamerika, Süd- und Ostasien, die Karibik, Ozeanien, Zentralasien und der Nahe Osten verfügen über Regionen mit besonders hoher Infektionsgefahr. Auch für die Partnerländer der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gelten die entsprechenden Trends.

Seit 2000, vor allem aber in den letzten 4 bis 5 Jahren, wurden wesentliche Fortschritte im Aufbau bzw. der Wiedereinführung von flächendeckenden Malariakontrollprogrammen erzielt. Diese beinhalten spezifische Ansätze wie die vorbeugende Malariabehandlung Schwangerer, die Kombinationstherapie von Malariamedikamenten und die Verteilung von imprägnierten Moskitonetzen.

Insgesamt zeigen sich erste Erfolge dieser Strategien. Im Kontext der deutschen Partnerländer konnten zum Beispiel Indonesien und Vietnam die Zahl der Malariakrankheits- bzw. Todesfälle senken. Für die meisten anderen Partnerländer jedoch ist es für eine wissenschaftlich fundierte Aussage zu epidemiologischen Trends in der Malaria noch zu früh. Darüber hinaus bedürfen insbesondere die afrikanischen Staaten neben dem krankheitsspezifischen Ansatz auch großer Unterstützung zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme, sowie dem Aufbau gut funktionierender Informationssysteme (die aktuell keine verlässlichen Daten zu Malaria liefern). Diese Bereiche werden von der deutschen Entwicklungszusammenarbeit besonders gefördert.

Tuberkulose:

Zwei Milliarden Menschen tragen den Tuberkelbazillus (TB) in sich, bei einem von zehn Menschen kommt es zum Ausbruch der Krankheit. Obwohl Tuberkulose heilbar ist, sterben dennoch täglich 5000 Menschen daran. 25 Prozent der jährlichen Tuberkulose-Todesfälle stehen in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Immunschwächekrankheit HIV/Aids. Die weltweit am stärksten betroffenen Regionen sind Afrika südlich der Sahara und Asien, wo 80 Prozent der Tuberkulose-Erkrankten leben. Die Tuberkulose-Raten in den deutschen Partnerländern fügen sich in diese regionalen Trends ein.

Weltweit steigt die Zahl der Neuinfektionen pro Jahr – aufgrund der hohen HIV-Prävalenzraten in Afrika – derzeit um 1 Prozent. Andererseits sind in drei der sechs WHO Regionen – in Südostasien, Westpazifik und Amerika – Fortschritte in der Tuberkulose-Bekämpfung zu verzeichnen. Dies gilt auch für sieben von insgesamt zweiundzwanzig stark von der Tuberkulose betroffenen Ländern, darunter auch für vier Partnerländer der deutschen Entwicklungspolitik, mit denen der Gesundheitssektor als ein Schwerpunkt der Zusammenarbeit vereinbart wurde: Kambodscha, Indonesien, Philippinen und Vietnam.

Die von der deutschen Entwicklungszusammenarbeit geförderten Vorhaben basieren auf den von der WHO empfohlenen Richtlinien zur Tuberkulosebekämpfung und unterstützen die Partnerländer bei der Einführung und Ausweitung ihrer DOTS-Programme (Directly Observed Treatment Short Course). Neben der Förderung der Tuberkulosekontrolle im Rahmen der Gesundheitssystemstärkung unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik auch spezifische Programme in den Tuberkulose-Problemgebieten Kaukasus und Zentralasien, sowie Pakistan. Auch in diesen Regionen zeigen sich erste Erfolge.

11. Wie hat sich die Kindersterblichkeit seit der Formulierung der MDG in den deutschen Partnerländern verändert, und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Reduzierung der Kindersterblichkeit stellt insbesondere in Afrika südlich der Sahara ein Problem dar; in den anderen Regionen (z. B. Asien) dagegen werden viele Länder das Millenniumsentwicklungsziel 4 (MDG 4) voraussichtlich erreichen.

Die Kindersterblichkeit in den deutschen Partnerländern fügt sich in diese überregionalen Trends ein. Erfreulich ist, dass die deutschen Partnerländer Bangladesch, Indonesien, Nepal und Philippinen zu den wenigen Ländern gehören, die trotz anfänglich hoher Kindersterblichkeit die Vorgaben des MDG 4 voraussichtlich zeitgerecht erfüllen werden.

In den anderen Ländern wirken ungünstige Rahmen- und Lebensbedingungen wie Unruhen, fehlende Verfügbarkeit von sauberem Wasser und Abwassersystemen oder unzureichende Bildung den Bemühungen zur Senkung der Kindersterblichkeit entgegen. Um dieses Entwicklungsziel dennoch erreichen zu können, wäre ein hohes Maß an sektorübergreifender Koordination nötig, die aber angesichts schwacher Institutionen häufig nicht ausreicht. Auch die HIV/Aids Epidemie fordert – vor allem in Afrika – viele kindliche Todesopfer und trägt dazu bei, dass sich die Erreichung des MDG 4 verzögert.

Die Bundesregierung setzt daher genau an diesen Schwachstellen an. Sie fördert in den Gesundheitsprogrammen mit den deutschen Partnerländern integrierte Vorsorge- und Versorgungsansätze für Kinder (entsprechend dem Integrated Management of Childhood Illness Programm der WHO) und die Stärkung des gesamten nationalen Gesundheitssystems als wichtigem institutionellen Rahmen, und unterstützt dabei auch gezielt die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren. Wichtige krankheitsspezifische Maßnahmen sind die langjährige bilaterale Förderung der Polioimpfprogramme mit Indien, die Förderung der Global Polio Eradication Initiative und eine Zusage von insgesamt 8 Mio. Euro an die Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) für die Jahre 2006 und 2007.

12. Welche internationalen Organisationen unterstützt die Bundesregierung seit 1998, die sich für die Verbesserung des Gesundheitssektors in Entwicklungsländern einsetzen, in welcher Höhe, aufgeschlüsselt nach Jahr, Betrag und Organisation?

ODA-Leistungen an internationale Organisationen im Gesundheitssektor
– in 1 000 Euro –

Ressort	Organisation	Förderung	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BMZ	WHO	zweckgebunden	3 479	5 032	4 029	4 173	1 620	1 685	2 128	1 942	1 550
BMG	WHO	Core	23 756	25 373	30 846	31 653	30 211	25 486	21 682	19 731	1 902
BMU	WHO									716	
BMZ	UNAids	zweckgebunden	112	844	1 023	900	2 125	1 211	1 419	1 175	1 050
BMG	UNAids		65	233	360	264	–	93	77	–	399
BMZ	GFATM	Core					12 000	32 500	38 000	82 000	72 000
BMZ	UNFPA	Core	21 500	21 500	11 200	14 316	14 683	14 316	14 509	15 234	15 523
BMZ	UNFPA	zweckgebunden	118		1 023	422	1 111	1 655	936	6 600	1 194
BMZ	IPPF	Core	4 090	5 113	2 556	3 477	2 556	2 556	2 556	3 000	3 000
BMZ	IPPF	zweckgebunden				511	2 566	440	453	710	637

13. In wie vielen von Deutschland unterstützten Entwicklungsländern gehört die Verbesserung des Gesundheitssektors zu den Schwerpunkten der Zusammenarbeit, und um welche Länder handelt es sich dabei?

Mit folgenden Kooperationsländern ist derzeit ein Schwerpunkt im Bereich Gesundheit vereinbart: Tadschikistan, Guinea, Kamerun, Kenia, Malawi, Ruanda, Tansania, Bangladesch, Indonesien, Kambodscha, Nepal, Pakistan, Philippinen, Vietnam.

14. Welchen Beitrag leistet die Bundesregierung an die Länder, in denen Deutschland den Gesundheitssektor als Schwerpunkt ihrer Entwicklungszusammenarbeit fördert, aufgeschlüsselt nach Land und Jahr seit 1998?

Die sektorale Schwerpunktsetzung in einzelnen Ländern wurde erst 2003 eingeführt. Daher beziehen sich die Angaben auf die in Frage kommenden Länder auf den Zeitraum 2003 bis 2005. Der Gesundheitsschwerpunkt Tadschikistan wurde Ende 2004 vereinbart. 2005 erfolgten noch keine Auszahlungen.

– in Mio. Euro –

Land	**2003**	**2004**	**2005**
Bangladesch	6	0,19	0,30
Guinea	2,2	3,5	3,74
Indonesien	8,94	7,36	9,75
Jemen	2,5	4	Kein deutscher Schwerpunkt mehr
Kambodscha	1,10	2,43	3,18
Kamerun	5,52	5,34	5,45
Kenia	1,32	3,22	6,93
Malawi	5	5	4,65
Nepal	4,24	2,94	3,24
Pakistan	5,44	1,86	1,84
Philippinen	1,83	1,48	1,44
Ruanda	2,4	2,2	4,0
Tansania	8,25	9,22	7,13
Vietnam	5,12	5,45	5,96

15. Gibt es andere Nationen, die sich als Schwerpunkt ihrer Entwicklungszusammenarbeit für die Verbesserung des Gesundheitswesens in den Ländern einsetzen, in denen der Gesundheitssektor nicht zu den Schwerpunkten in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gehört, und welche Gebernationen sind es in welchen Ländern?

Folgende Angaben enthalten der Fragestellung entsprechend keine Angaben zu multilateralen Organisationen.

Asien

Afghanistan	Hier haben Frankreich, Schweden, Japan, Türkei und USA einen Schwerpunkt im Bereich Gesundheit.
Laos	Als Nationen im Gesundheitssektor vertreten sind: USA, Japan, Frankreich, Australien, Irland, Kanada und die Niederlande.
Timor Leste	Nach den dem BMZ vorliegenden Unterlagen setzen sich Australien und Japan für die Verbesserung des Gesundheitswesens in Timor mit kleineren Finanzierungsbeträgen ein.
Mongolei	Hier sind keine anderen Nationen bilateral im Gesundheitsbereich tätig.

Sonderfälle sind:

China	In China ist Gesundheit keiner unserer formellen Schwerpunkte, wir sind dort dennoch engagiert. Andere Geber, die Gesundheit als einen der Schwerpunkte ihres Engagements in China angeben: Australien, Großbritannien, Frankreich, Italien, Norwegen, Schweden.
Myanmar	Die bilaterale staatliche Entwicklungszusammenarbeit mit Myanmar ist seit 1987 ausgesetzt. Im Rahmen der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit und der Kooperation über nichtsstaatliche Träger unterstützt die Bundesregierung – im Rahmen der Möglichkeiten des „Gemeinsamen Standpunkts“ der Europäischen Union (EU) – Maßnahmen im Gesundheitssektor auf dezentraler Ebene.
Sri Lanka	Aus Sicht des BMZ ist es kaum sinnvoll, angesichts der derzeitigen Konfliktsituation einen Überblick zu erstellen.

Lateinamerika

Bolivien	Neben den drei größten Gebern USAID (United States Agency for International Development), Japan, Spanien wird zukünftig auch Belgien im Gesundheitsbereich aktiv sein.
Brasilien	Die Verbesserung des Gesundheitswesens ist ein Schwerpunkt der allerdings volumenmäßig nicht sehr umfangreichen Entwicklungszusammenarbeit von Kanada und der USA. Darüber hinaus hat Frankreich ein Aids-Projekt in Brasilien und Großbritannien beteiligt sich an dem deutschen überregionalen Aids-Vorhaben beim brasilianischen Internationalen Zentrum für Technische Zusammenarbeit.

Costa Rica	Folgende Länder haben Kooperationsvorhaben im Bereich des Gesundheitswesens: – Mexiko führt – innerhalb seiner TZ-Vorhaben – Fortbildungslehrgänge für Experten im Gesundheitssektor durch. – Japan verfolgt innerhalb seines Programms für die Verbesserung der Lebensqualität der Bürger drei Vorhaben: ● Rehabilitation, Behinderte und ältere Menschen ● Trinkwasser und Kanalisationssystem ● ärztliche Betreuung. – Korea und Taiwan, auch wenn sie keine Schwerpunkte ihrer EZ definiert haben, haben in der Vergangenheit Projekte im Gesundheitssektor unterstützt, zum Beispiel, Taiwan mit 15 Mio. USD für das staatliche Krankenhaus Calderón Guardia und Korea mit 500 000 USD für das Projekt Magenkrebs.
Chile	Die Frage wird mit „Nein“ beantwortet.
Dominikanische Republik	Es gibt eine Vielzahl von Gebern und Geberländern, die sich auf dem Gesundheitssektor im Rahmen ihrer EZ engagieren. Allerdings gibt es kein Geberland, das den Gesundheitssektor als Schwerpunkt der Entwicklungszusammenarbeit definiert hat.
Ekuador	Folgende Länder haben einen Schwerpunkt im Bereich „Gesundheit und Hygiene“: – Finnland – Belgien – Spanien – Italien – Japan – USA
El Salvador	– Die Entwicklungszusammenarbeit verschiedener Geber im Gesundheitssektor nahm nach den Erdbeben 2001 in signifikanter Weise zu. – Zuschussleistungen für Projekte im Gesundheitssektor erhielt die salv. Regierung von den USA (über USAID), Spanien (über AECI – Agencia Española de Cooperación Internacional), Kanada (über CIDA/ACDI – Canadian International Development Agency) und Japan (JICA – Japan International Cooperation Agency) sowie von Taiwan.
Guatemala	Folgende Länder haben einen Schwerpunkt im Bereich „Verbesserung des Gesundheitswesens“: – Schweden (bis jetzt wurden in den vergangenen 3 Jahren 7,5 Mio. USD investiert) – Kanada (Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern, Familienplanung, Erste-Hilfe-Kurse) – Japan („Proyecto de Mejoramiento de Hospitales Nacionales Principales en la Capital“ sowie 4 „Centros de Salud“ in verschiedenen Provinzen, in Höhe von 8,1 Mio. USD) – USA (Bereiche Familienplanung, Gesundheit von Mutter und Kind sowie Aids-Vorsorge, in Höhe von 56 Mio. USD zwischen 2004 und 2009)
Haiti	Die USA sowie die Interamerikanische Entwicklungsbank (IDB) sind in größerem Umfang im Bereich Gesundheit engagiert. Kuba konzentriert sich in seiner Zusammenarbeit mit Haiti auf den Gesundheitssektor, indem das Land Ärzte und medizinisches Personal in die Krankenhäuser der Provinzstädte entsendet und haitianische Medizinstudenten kostenlose Studienplätze in Kuba zur Verfügung stellt.
Honduras	Der Bereich Gesundheit wird von Spanien, Schweden, Japan, Kanada und USA als einer der Schwerpunktbereiche ihrer Entwicklungszusammenarbeit gefördert.
Kolumbien	Folgende Geber berühren innerhalb ihrer EZ-Programme unter anderem auch das Thema Gesundheit: – Spanien (im Programm für soziale Grundbedürfnisbefriedigung) – Japan (Programm für soziale Entwicklung und Infrastruktur) – Großbritannien (Gesundheitsprojekt für Gefängnisinsassen)

Mexiko	Diverse Länder haben Projekte in diesem Bereich: – Japan: Ein Projekt im Bereich Kontrolle und Prävention von Gebärmutterkrebs und ein Projekt im Bereich Rehabilitierung von Mädchen, die auf der Straße gelebt haben. – USA: Durch die Botschaft gefördert: Zusammenarbeit bei Panepidemien und Vogelgrippe (auch unter Beteiligung von Kanada) und ein Projekt der Gesundheitskommission im Grenzbereich USA/Mexiko durch USAID: HIV/Aids Bekämpfung und Prävention sowie ein Projekt zur Bekämpfung der Tuberkulose – Italien: Molekulare und biochemische Charakterisierung des Leigh-Syndroms – Frankreich: Expertenaustausch im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern.
Nikaragua	Schweden, Österreich, Finnland, Niederlande, Spanien, Kanada haben den Gesundheitssektor als Schwerpunkt gewählt. Darüber hinaus unterstützen Japan, USAID, Luxemburg, Island, Taiwan, Frankreich, Großbritannien (DFID) den Gesundheitssektor im weiteren Sinne (zum Teil nur HIV/Aids oder bzgl. Krisenprävention). Unterstützung erfolgt auch seitens der lateinamerikanischen Nachbarn (Brasilien, Mexiko, Kuba, Venezuela, Argentinien, Costa Rica, Panama).
Panama	Schweden, Österreich, Finnland, Niederlande, Spanien haben den Gesundheitssektor als Schwerpunkt gewählt. Darüber hinaus unterstützen Japan, USA (USAID), Luxemburg, Island, Taiwan, Frankreich, Großbritannien den Gesundheitssektor im weiteren Sinne (zum Teil nur HIV/Aids oder bzgl. Krisenprävention). Unterstützung erfolgt auch seitens der lateinamerikanischen Nachbarn (Brasilien, Mexiko, Kuba, Venezuela, Argentinien, Costa Rica, Panama).
Paraguay	Japan, Taiwan, USA setzen sich im Rahmen ihrer EZ unter anderem schwerpunktmäßig für eine Verbesserung des Gesundheitswesens Paraguays ein.
Peru	In der Entwicklungszusammenarbeit der USA (USAID) stellt die Verbesserung des Gesundheitswesens den zweitstärksten Sektor dar und in der kanadischen EZ (CIDA/ACDI) ist Gesundheit eine wichtige Komponente im Bereich der sozialen Basisdienste. Die spanische EZ (AECI) beinhaltet Gesundheit als Komponente im Programm „Deckung der sozialen Bedürfnisse“, während die japanische EZ den Gesundheitssektor in ihr Schwerpunktthema „Armutsreduzierung“ integriert hat.

Afrika

Algerien	Der Gesundheitssektor ist kein Schwerpunkt bei anderen Gebern.
Äthiopien	In Äthiopien arbeiten Niederlande, USA (USAID), Großbritannien (DFID), Schweden, Österreich im Gesundheitsbereich.
Benin	Kein bilateraler Schwerpunkt.
Burkina Faso	In Burkina Faso sind die Niederlande und Dänemark im Gesundheitssektor schwerpunktmäßig tätig.
Burundi	Engagiert sind: Großbritannien, USA.
Eritrea	In Eritrea sind USA, Italien, Norwegen, Frankreich und Großbritannien in der Gesundheit tätig.
Ghana	Im Gesundheitssektor sind folgende Geber schwerpunktmäßig tätig: Niederlande, Großbritannien, USA, Dänemark.

Madagaskar	Es engagieren sich in Madagaskar: Frankreich, USA (USAID), Japan. Frankreich hat bei der Schwerpunktbildung den Wunsch der Madagassen berücksichtigt, und hat von drei auf vier Schwerpunkte aufgestockt und Gesundheit mit aufgenommen. USAID hat Vorhaben im Gesundheitssektor. Japan finanziert Gesundheitsstrukturen, das Engagement besteht bisher für ca. drei Jahre, für längerfristige Perspektiven gibt es noch keine Aussagen.
Mali	In Mali engagieren sich Japan und die Niederlande schwerpunktmäßig im Gesundheitssektor.
Marokko	Im Gesundheitsbereich sind Frankreich, Spanien und die USA aktiv.
Mauretanien	Spanien (AECI) führt sechs Gesundheitsprojekte durch, hat jedoch daraus keinen Schwerpunkt gebildet.
Mosambik	In Mosambik haben folgende Geber einen Schwerpunkt im Gesundheitssektor: Dänemark, USA, Irland, Norwegen, Schweden, Niederlande, Großbritannien (DFID).
Namibia	USA ist im Bereich HIV/Aids, Finnland insgesamt im Gesundheitssektor tätig.
Niger	Frankreich legt einen Schwerpunkt auf Gesundheit.
Nigeria	In Nigeria engagieren sich: Großbritannien (DFID), USA (USAID), Kanada (CIDA/ACDI).
Sambia	In Sambia engagieren sich Kanada, Japan, Niederlande, Schweden, Großbritannien und USA im Gesundheitssektor.
Senegal:	Frankreich, USA haben einen Schwerpunkt Gesundheit.
Sierra Leone	Italien hat einen Schwerpunkt.
Südafrika	In Südafrika ist die USA im Gesundheitssektor tätig.
Tunesien	Der Gesundheitssektor ist kein Schwerpunkt bei anderen Gebern. Die Französische Kooperation unterstützt als Einzige noch in kleinem Umfang Maßnahmen im Bereich Gesundheit, nämlich den wissenschaftlichen Austausch im Bereich der Krebsforschung. Was die Entwicklungszusammenarbeit der arabischen Staaten angeht, liegen keine Angaben vor. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass diese ihren Schwerpunkt auf den Bereich Gesundheit legen.
Tschad	Frankreich engagiert sich bilateral im Tschad.
Uganda	In Uganda ist eine Vielzahl von Gebern im Gesundheitssektor vertreten. Belgien: Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und Gesundheitspolitik. Dänemark: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Familienplanung, Gesundheitspolitik. Frankreich: verschiedene Bereiche. Irland: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Familienplanung, Gesundheitspolitik. Italien: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Gesundheitspolitik. Japan: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Gesundheitspolitik. Niederlande: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten. Norwegen: HIV/Aids. Schweden: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Familienplanung, Gesundheitspolitik. Großbritannien: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Familienplanung, Gesundheitspolitik. USA: HIV/Aids, Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, Familienplanung, Gesundheitspolitik.

16. Wie ist im Gesundheitssektor das Verhältnis zwischen dem eigenen nationalen Beitrag und dem internationalen Beitrag für diesen Bereich in den Ländern, in denen Deutschland den Gesundheitssektor als Schwerpunkt seiner Entwicklungszusammenarbeit fördert, seit 1998 aufgeschlüsselt nach Land und Jahr?

Land	2003	2004	2005
Bangladesch – nat. Anteil – internat. Anteil	 88,5 Prozent 11,5 Prozent	 93,1 Prozent 6,9 Prozent	 38 Prozent 62 Prozent[1]
Guinea – nat. Anteil – internat. Anteil	 84 Prozent 16 Prozent	 84 Prozent 16 Prozent	 Keine Angaben
Indonesien – nat. Anteil – internat. Anteil	 98,64 Prozent 1,36 Prozent	 Mangels Daten keine Angaben möglich	 Mangels Daten keine Angaben möglich
Jemen – nat. Anteil – internat. Anteil	 89 Prozent 11 Prozent	 202 Mio. Euro keine Angaben	 197 Mio. Euro keine Angaben
Kambodscha – nat. Anteil – internat. Anteil	 49,8 Prozent 50,2 Prozent	 49,8 Prozent 50,2 Prozent	 49,15 Prozent 50,85 Prozent
Kamerun – nat. Anteil – internat. Anteil	 77 Prozent 23 Prozent	 58 Prozent 42 Prozent	 67 Prozent 33 Prozent
Kenia – nat. Anteil – internat. Anteil	 69,7 Prozent 30,3 Prozent	 68,6 Prozent 31,4 Prozent	 68,4 Prozent 31,6 Prozent
Malawi – nat. Anteil – internat. Anteil	 74,9 Prozent 25,1 Prozent	 74,1 Prozent 25,9 Prozent	 60,1 Prozent 39,9 Prozent
Nepal – nat. Anteil – internat. Anteil	 72,12 Prozent 28,88 Prozent	 74,79 Prozent 25,21 Prozent	 55,1 Prozent 44,9 Prozent
Pakistan – nat. Anteil – internat. Anteil	 35 Prozent 65 Prozent	 50 Prozent 50 Prozent	 68 Prozent 32 Prozent
Philippinen – nat. Anteil (Reg+SKV)[2] – internat. Anteil	 97,11 Prozent 2,69 Prozent	 97,05 Prozent 2,8 Prozent	 Keine offiziellen Daten
Philippinen – nat. Anteil (DOH)[3] – dt. Anteil	 86,07 Prozent 12,97 Prozent	 82,48 Prozent 16,64 Prozent	 Keine offiziellen Daten
Ruanda – nat. Anteil – internat. Anteil	 34 Prozent 66 Prozent	 29,6 Prozent 70,4 Prozent	 29,1 Prozent 70,9 Prozent
Tansania – nat. Anteil – internat. Anteil	 52,5 Prozent 47,5 Prozent	 61,8 Prozent 38,2 Prozent	 48,5 Prozent 51,5 Prozent
Vietnam – nat. Anteil – internat. Anteil	 72,6, Prozent 27,4 Prozent	 81,8 Prozent 18,2 Prozent	 88,8 Prozent 11,2 Prozent

[1] Beinhaltet die Zusage eines größeren Kredites, der über 5 Jahre ausgezahlt wird

[2] Prozentzahlen im Verhältnis zu Gesamtbudget aus Regierung (national + lokal, da dezentralisiert), Soziale Krankenversicherung (SKV) und Geber; Daten kommen vom National Health Account und PhilHealth (SKV)

[3] Prozentzahlen im Verhältnis zu DOH (= Gesundheitsministeriumsbudget; = Partnerbudget) und Geber gerechnet

17. Wie ist im Gesundheitssektor das Verhältnis zwischen dem eigenen nationalen Beitrag und dem deutschen Beitrag für diesen Bereich in den Ländern, in denen Deutschland den Gesundheitssektor als Schwerpunkt seiner Entwicklungszusammenarbeit fördert, seit 1998 aufgeschlüsselt nach Land und Jahr?

Land	**2003**	**2004**	**2005**
Bangladesch – dt. Anteil	1,58 Prozent	0,04 Prozent	0,08 Prozent
Guinea – dt. Anteil	2 Prozent	2 Prozent	Keine Angaben
Indonesien – dt. Anteil	0,15 Prozent	0,14 Prozent	Mangels Daten keine Angaben möglich
Jemen – dt. Anteil	1,9 Prozent	2 Prozent	Kein deutscher Schwerpunkt mehr
Kambodscha – dt. Anteil	1,8 Prozent	3,7 Prozent	4,2 Prozent
Kamerun – dt. Anteil	6 Prozent	6 Prozent	6 Prozent
Kenia – dt. Anteil	1,2 Prozent	2,2 Prozent	4,2 Prozent
Malawi – dt. Anteil	5,2 Prozent	4,8 Prozent	4,9 Prozent
Nepal – dt. Anteil	7,4 Prozent	4,9 Prozent	4,2 Prozent
Pakistan – dt. Anteil	10,9 Prozent	3,1 Prozent	1,8 Prozent
Philippinen – dt. Anteil	1,2 Prozent	1 Prozent	Keine offiziellen Daten
Ruanda – dt. Anteil	15,4 Prozent	11,8 Prozent	16,7 Prozent
Tansania – dt. Anteil	6,1 Prozent	5,9 Prozent	2,8 Prozent
Vietnam – dt. Anteil	1,4 Prozent	1,6 Prozent	0,9 Prozent

18. Unterstützt die Bundesregierung direkte Maßnahmen gegen Tropenkrankheiten?

Wenn ja, welche Projekte mit welchen Beträgen in welchen Ländern?

Tropenkrankheiten sind ein integrierter Bestandteil in den Programmen der deutschen Partnerländer mit Schwerpunkt Gesundheit. Die hohe Wirksamkeit solcher von der Bundesregierung geförderten integrierten Ansätze wurde zuletzt wieder durch die beeindruckenden Erfolge bei der Filarienkontrolle in Indonesien dokumentiert. Neben den integrierten Ansätzen werden auch Einzelmaßnahmen gefördert, wie zum Beispiel zu Moskitonetzen in Malawi (1,5 Mio. Euro) und in Ruanda (1,3 Mio. Euro). Über das Robert Koch-Institut ist die Bundesregierung ferner an einigen ausgewählten epidemiologischen Forschungsprojekten zu Malaria und Schistosomiasis in Ghana und Tansania beteiligt.

Darüber hinaus ist die deutsche Entwicklungszusammenarbeit auch ein wichtiger fachlicher Partner bei der Weiterentwicklung von Bekämpfungsstrategien gegen Tropenkrankheiten, insbesondere im Teilbereich armutsassoziierter Infektionskrankheiten.

Im multilateralen Bereich fördert die Bundesregierung seit über 30 Jahren Maßnahmen gegen Tropenkrankheiten, insbesondere im Bereich der Onchozerkosebekämpfung. Außerdem unterstützt sie seit den 1980er Jahren das „Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases" (TDR) der WHO. Im Jahr 2006 wurde ein neues Abkommen über die Förderung von TDR in Höhe von 1 Mio. Euro abgeschlossen. Darüber hinaus stellt Deutschland auch im Rahmen seines Beitrags zum GFATM Mittel zur Malariabekämpfung zur Verfügung. Bisher (zwischen 2002 und 2006) hat die Bundesregierung insgesamt 236 Mio. Euro in den Fond eingezahlt. Da etwa 27 Prozent der GFATM-Mittel für die Malariabekämpfung verwendet werden, liegt der über den Fonds geleistete deutsche Beitrag bei 60 Mio. Euro.

19. Welche speziellen Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um Tuberkulose in Entwicklungsländern einzudämmen?

Seit 2000 wird über die finanzielle Zusammenarbeit eine Reihe von Tuberkulosekontrollprogrammen mit Schwerpunkt Kaukasus (Armenien, Aserbaidschan, Georgien) und Zentralasien (Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan, Usbekistan) unterstützt. Ziel des regionalen Programms zur Tuberkulosebekämpfung im Kaukasus ist es, die durch Tuberkulose bedingte Krankheitslast und Sterblichkeit durch nationale und länderübergreifende Maßnahmen zu senken. Das Gesamtfördervolumen für diese Region liegt bei 21,6 Mio. Euro, weitere Vorhaben mit einem Volumen von 20,6 Mio. Euro befinden sich in Planung.

In Pakistan wird das Tuberkulosekontrollprogramm in zwei Regionen gemeinsam von KfW und GTZ unterstützt. Das gesamte Fördervolumen hierfür liegt bei 9,1 Mio. Euro.

Im Bereich der privaten und kirchlichen Träger befinden sich aktuell Tuberkulosekontrollprogramme in Bolivien, der Russischen Föderation, Afghanistan, Pakistan und Indien mit einem Gesamtfördervolumen von 1,8 Mio. Euro in Durchführung.

Darüber hinaus unterstützt das Instrument der Technischen Zusammenarbeit BACKUP auf Antrag der Partnerländer bei der praxisgerechten Nutzung globaler Finanzierungsmechanismen für die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose. Im Tuberkulose-Bereich werden derzeit zusammen mit WHO-EURO zwei Maßnahmen in Osteuropa und Zentralasien unterstützt.

Das Nationale Referenzzentrum für Mykobakterien in Borstel, das über das Robert Koch-Institut durch das BMG finanziell unterstützt wird, unterhält zudem zahlreiche Kooperationsprojekte zum Aufbau einer standardisierten Tuberkulosediagnostik nach WHO-Kriterien mit verschiedenen Ländern in Osteuropa, Zentralasien und Afrika.

Daneben ist Tuberkulosekontrolle ein integraler Bestandteil von Gesundheitsprogrammen mit Gesundheitssystemförderungskomponente, wofür besonders Ruanda und Kamerun prominente Beispiele sind. Auch in HIV/Aids Projekten ist die Tuberkulosekontrolle integriert.

Inhaltlich geht es in allen Fördermaßnahmen um die Umsetzung der WHO-Empfehlungen zur Tuberkulosekontrolle, wie zum Beispiel qualitativ hochwertige Diagnoseverfahren, DOTS (Directly Observed Therapy Short Course) und Resistenzprüfungen.

Auf multilateraler Ebene erfolgt die deutsche Unterstützung der Tuberkulosebekämpfung derzeit im Wesentlichen über den GFATM. Von den bisher (zwischen 2002 und 2006) eingezahlten deutschen Beiträgen in Höhe von 236 Mio. Euro und einem prozentualen Anteil von Tuberkulose-Maßnahmen beim GFATM von etwa 14 Prozent ergibt sich ein deutsches Fördervolumen für Tuberkulose-Maßnahmen über den GFATM von 33 Mio. Euro.

Ebenso wird das WHO-Tuberkulose-Programm anteilig aus dem Communicable Disease Cluster der WHO (ca. 1/3 der Fördermittel) gefördert. Für das Jahr 2006 ist eine weitere Auszahlung an den Cluster in Höhe von 275 000 Euro erfolgt, wovon etwa 90 000 Euro an Stop TB weitergeleitet wurden.

20. Wie beurteilt die Bundesregierung den Einsatz von Dichlor-Diphenyl-Trichlorethan (DDT) zur Malaria-Bekämpfung?

    Fördert sie diese Maßnahme, wie und in welcher Höhe?

Die Bundesregierung hat die Stockholmer Konvention (POPs Konvention) ratifiziert, die in Ausnahmefällen eine Nutzung von DDT für die Kontrolle von Malariavektoren erlaubt, dabei aber insgesamt die dauerhafte Beseitigung aller in der Konvention genannten Dauergifte anstrebt.

Aus Sicht der Bundesregierung hat sich die toxikologische Bewertung von DDT in den letzten Jahren nicht verändert. Gleichzeitig sind gleichwertige, ebenso wirksame und effiziente Alternativen vorhanden, werden aber oft nicht genutzt. Es besteht daher kein Anlass, die bisherige Position zu DDT zu ändern. Die Bundesregierung fördert daher bilateral keine Maßnahmen, in denen DDT zum Einsatz kommt, und wird auch weiterhin an den Beschlüssen der Stockholmer Konvention festhalten, mit den Partnerländern bei der Stärkung von Malariakontrollprogrammen vorrangig einen Politikdialog zu Kontrollmaßnahmen ohne DDT Nutzung führen, wird entsprechend der WHO-Vorgaben notwendige Reformmaßnahmen für eine fachliche und institutionelle Stärkung unterstützen, und wird, soweit benötigt, die notwendigen Finanzmittel für die Verwendung alternativer Substanzen und Ansätze zur Verfügung stellen oder über Dritte (zum Beispiel GFATM, Weltbank) sicherstellen.

21. Wie beurteilt die Bundesregierung die Zusammenarbeit mit den Partnerländern bzw. deren Regierungen im Bereich der Verbesserung des Gesundheitswesens?

Im Sinne der Paris Erklärung setzt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in der Zusammenarbeit mit den Partnerländern auch im Bereich der Verbesserung des Gesundheitswesens auf die Prinzipien Kohärenz, Partnerschaftsprinzip und Orientierung auf Wirkungen um. Die Zusammenarbeit ist in den Partnerländern auf die nationalen Armutsbekämpfungsstrategien bzw. Politiken der Partner ausgerichtet.

Die Vorhaben fügen sich auf Grundlage bestehender mit den Regierungen der Partnerländer abgestimmter Schwerpunktstrategien der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in die Sektor- und Armutsbekämpfungsstrategien der Partnerländer ein. Im Zuge der Umsetzung der Paris Erklärung findet auch eine zunehmend bessere arbeitsteilige Abstimmung der Beiträge der verschiedenen Geber statt. Im Rahmen der programmorientierten Gemeinschaftsfinanzierung (PGF) wird dies in besonderem Maße umgesetzt. Der Sector Wide Approach im Gesundheitssektor in Tansania beispielsweise ermöglicht auf Grundlage einer gemeinsamen Diskussionsplattform zwischen Gebern und der tansanischen Regierung eine gemeinsame Ziel- und Prioritätensetzung für den Gesamtsektor im jeweils folgenden Haushaltsjahr. Dieser Ansatz setzt jedoch ein gewisses

Kompetenzniveau der Gesundheitsverwaltung in Organisation, Koordination und Finanzverwaltung voraus, was durch abgestimmte Beratungsbeiträge der beteiligten Geber sukzessive verbessert wird.

Die Zusammenarbeit mit den Partnerländern bzw. deren Regierungen im Bereich der Verbesserung des Gesundheitswesens ist abhängig vom Profil des Gastlandes: vom Grad der Demokratisierung und der Teilhabe verschiedener Bevölkerungsgruppen, von Niveau und Beschaffenheit der Regierungsführung, institutionellen Kapazitäten, wirtschaftlichen Faktoren und natürlich vom politischen Willen. Die Zusammenarbeit gestaltet sich daher in unterschiedlichen Ländergruppen sehr verschieden: in so genannten Failing States hat die Zusammenarbeit mehr den Charakter von Nothilfe. In den ärmsten Ländern erfolgt die Unterstützung der Partnerländer bei der Umsetzung ihrer nationalen Strategien zur Erreichung der MDGs sowie durch die Mitwirkung an der Verbesserung des Zugangs für Arme zu Gesundheitsversorgung und sozialer Sicherung. In den Mitteleinkommensländern steht verstärkt die Unterstützung beim Ausbau des Referenzsystems und beim Ausbau von Krankenversicherungssystemen inklusive der hierfür erforderlichen fachlichen und Managementkompetenz im Vordergrund.

Ein wichtiger Schritt auch für den Gesundheitssektor in Entwicklungsländern war die 1999 initiierte Kölner Entschuldungsinitiative, die jetzt durch den 100-prozentigen multilateralen Erlass fortgeführt wird. Entscheidend dabei war die Verbindung von Entschuldung und der Auflage, in den nationalen Haushalten klare Schwerpunkte in entwicklungsrelevanten Feldern zu setzen. Die betroffenen Länder konnten ihre Ausgaben für Gesundheit und Bildung deutlich steigern. In Afrika haben die Afrikanischen Union (AU) und die New Partnership for Africa's Development (NEPAD) dazu beigetragen, dass die beteiligten Staaten politisch und wirtschaftlich besser kooperieren. Dadurch verbesserten sich in Afrika die Voraussetzungen für erfolgreiche Entwicklungszusammenarbeit auch im Gesundheitssektor.

22. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeit, durch den Anbau von Reissorten die Pro-Vitamin A enthalten (Goldener Reis), Erblindungen insbesondere bei Kleinkindern in Entwicklungsländern, die durch Mangel an Pro-Vitamin A entstehen, zu verhüten?

Goldener Reis ist ein gentechnisch verändertes Produkt, das zu einer Verminderung des in Entwicklungsländern häufigen Vitamin A Mangels beitragen soll. Der Nutzen von „Golden Rice" ist aber bisher nicht abschließend geklärt. Unklar sind zum Beispiel die Höhe des Beta-Carotin-Gehalts im Korn und die Menge des für den Menschen davon nutzbaren Beta-Carotins, die Stabilität des Provitamins während Lagerung und Verarbeitung, seine Hitzestabilität beim Kochen sowie die Effektivität, mit der dieses zusätzliche Vitamin A Krankheiten verhindern kann. Ungeklärt sind zudem der ökonomische Nutzen für die Endverbraucher in Entwicklungsländern sowie die Risiken bei Anbau und Nutzung dieses gentechnisch veränderten Produktes. Häufig unterschätzt werden auch die kulturelle Dimension und Akzeptanz: in Asien wird weißer Reis bevorzugt, „Golden Rice" ist jedoch durch das Beta-Carotin gelb gefärbt.

Aus Sicht der Bundesregierung gibt es genügend andere, ausgereifte und erprobte Möglichkeiten der Versorgung mit Vitamin A oder seinem Provitamin Beta-Carotin. Neben Kapseln, die Kindern verabreicht werden, ist insbesondere ein umfassender und nachhaltigerer Ansatz mit anderen Nahrungsmitteln, die das Provitamin und darüber hinaus weitere für Wachstum und Immunsystem wichtige Inhaltstoffe enthalten, vorzuziehen.

23. Mit welchen Strategien und Maßnahmen versucht die Bundesregierung den „brain drain“ und den Personalmangel im Gesundheitssektor der Entwicklungsländer einzudämmen?

Maßnahmen gegen den Gesundheitsfachkräftemangel in Entwicklungsländern sind wesentlicher Bestandteil von Gesundheitssystemförderung und daher integriert in die Programme aller Partnerländer mit Sektorschwerpunkt Gesundheit, wobei der Bundesregierung eine Vielzahl entwicklungspolitischer Instrumente zur Verfügung steht. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten gehören:

– die Stärkung lokaler Kapazitäten auf individueller (Ausbildungsförderung im Land, regional, als Industrielandtraining oder als e-Learning, Alumniprogramme) und institutioneller Ebene (Aufbau, Stärkung und Akkreditierung von Trainingsinstituten, Lehranstalten und Universitäten, Qualitätssicherung von Lehrinhalten und Lehrplänen);

– die Entwicklung angepasster Strategien und Personalmanagementsysteme (einschließlich der Entwicklung von leistungsbasierten Entlohnungs- und Anreizsystemen);

– die Entwicklung angepasster und nachhaltiger Gesundheitsfinanzierungssysteme;

– die Entwicklung bzw. Verbesserung von Datenbanken und Informationssystemen;

– der Einsatz integrierter Gesundheitsfachkräfte über das Centrum für Internationale Migration und Entwicklung (CIM);

– die Förderung gemeindenaher Dienste.

Außerdem können in Deutschland ausgebildete Fachkräfte aus Entwicklungsländern eine Reintegrationshilfe bei Rückkehr in ihr Heimatland erhalten. Eine Studie über Herausforderungen und mögliche zusätzliche Maßnahmen in Entwicklungsländen wird derzeit erstellt.

Auf internationaler Ebene treibt die Bundesregierung das Thema vor allem im EU-Kontext voran; insbesondere mit der Verabschiedung von Ratsschlussfolgerungen zu einem europäischen Aktionsplan als Beitrag zur Lösung des Gesundheitsfachkräftemangels. Der Aktionsplan zielt sowohl auf die Verbesserung des lokalen Fachkraftangebots durch Ausbildung und bessere Arbeitsbedingungen in den Entwicklungsländern, wie auch auf Maßnahmen in den Mitgliedstaaten (auch verminderte Abwerbung von Fachkräften) ab. Letztere sollen auch die Formulierung von Anwerbungsprinzipien für Gesundheitsfachkräfte (Set of Principles to Guide Recruitment of Health Workers, frühere Bezeichnung: Code of Conduct) beinhalten.

Darüber hinaus arbeitet die Bundesregierung mit relevanten internationalen Organisationen und Partnerschaften (zum Beispiel WHO, Global Health Workforce Alliance) zu diesem Thema zusammen.

24. Welche Public-Private-Partnership-Projekte unterstützt die Bundesregierung, um das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern zu verbessern, und wie beurteilt sie diese Form der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor?

Seit dem Anlaufen der PPP (Public Private Partnerships)-Fazilität 1999 wurden insgesamt 52 PPP-Projekte im Gesundheitsbereich mit einem Gesamtvolumen von 23 739 000 Euro (öffentlicher und privater Beitrag) auf den Weg gebracht. Der regionale Schwerpunkt liegt in Afrika, doch weitere Maßnahmen wurden auch in Syrien, Jordanien, Thailand, Sri Lanka, Indien, Indonesien, Vietnam,

Philippinen, Brasilien, Bolivien, Paraguay und Peru durchgeführt. Zusätzlich werden im Rahmen von Vorhaben der technischen Zusammenarbeit 13 so genannte integrierte PPPs mit einem Gesamtvolumen von 2 184 109 Euro realisiert. Auch bei diesen Maßnahmen liegt der Schwerpunkt in Afrika.

In diesem Jahr stellt die Bundesregierung für Entwicklungspartnerschaften mit der Wirtschaft, die die Bekämpfung von HIV/Aids zum Ziel haben, Sondermittel in Höhe von 2,5 Mio. Euro bereit.

HIV/Aids-Programme am Arbeitsplatz, wie sie beispielsweise von Unternehmen, wie Daimler Chrysler, VW, Robert Bosch, Roche und T-Systems, in mehreren afrikanischen Ländern durchgeführt werden, stellen ein wichtiges Element im Rahmen der globalen Bekämpfung von HIV/Aids dar.

Neben der Generierung zusätzlicher finanzieller Ressourcen, ermöglichen Partnerschaften mit privaten Unternehmen auch einen Technologie- und Know-how-Transfer in die Partnerländer. Das langfristige Engagement der Unternehmen sichert darüber hinaus die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Damit leisten PPPs einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation in Entwicklungsländern.

25. Wie beurteilt die Bundesregierung die Verbreitung und Inanspruchnahme von Krankenversicherungen in Entwicklungsländern?

In Entwicklungsländern sind Krankenversicherungen, die der breiten Bevölkerung zugute kommen, noch in sehr unzureichendem Maße entwickelt. Somit ist Krankheit in Entwicklungsländern einer der häufigsten Gründe für Armut. Weltweit haben 1,3 Milliarden Menschen keinen Zugang zu adäquaten und bezahlbaren Gesundheitsdienstleistungen. Über den Mangel und die ungleiche räumliche Verteilung von verfügbaren Versorgungseinrichtungen hinaus spielt die Finanzierbarkeit von Gesundheit eine entscheidende Rolle. Da arme Bevölkerungsgruppen auf katastrophale Ereignisse oft nur mit Kreditaufnahme, dem Verkauf von Produktionsmitteln, dem Abbrechen des Schulbesuchs oder Kinderarbeit reagieren können, kann eine schwere Krankheit leicht zum wirtschaftlichen Ruin ganzer Familien führen. Nach Schätzungen der WHO stürzen jedes Jahr mehr als 100 Millionen Menschen über zu hohe Ausgaben im Krankheitsfall in Verarmung. Wenn dieser Trend anhält, dann wird die Mehrheit der armen Länder nicht die MDGs zu Gesundheit und Armut erreichen können. Insbesondere Länder in Afrika südlich der Sahara sind hiervon betroffen.

Zwar gab es schon Ende der 90er Jahre weltweit 165 Länder, die über ein mehr oder weniger gut ausgebautes formelles soziales Sicherungssystem verfügten. Jedoch sind in diesen Ländern typischerweise nur Bruchteile der Bevölkerung abgedeckt. Soziale Krankenversicherungssysteme, die der gesamten Bevölkerung zugute kommen, gibt es bislang nur in wenigen Entwicklungs- und Schwellenländern, wenngleich einige Länder wie Thailand und Brasilien in den letzten Jahren in dem Grad der Abdeckung der Bevölkerung bemerkenswerte Fortschritte erreichen konnten. Nach wie vor stellen in Afrika, aber auch in Asien, Direktzahlungen im Krankheitsfall noch mit Abstand den größten Anteil an der Gesundheitsfinanzierung dar. In Afrika wird den gemeindebasierten Krankenversicherungen ein besonderes Augenmerk gewidmet, da sie über die reine Funktion einer Absicherung im Krankheitsfall hinaus auch noch Elemente der Partizipation der Zivilbevölkerung am Politikprozess fördern. Die Erfahrung zeigt aber, dass sich die gemeindebasierten Krankenversicherungen ohne eine aktive Förderung des Staates und Anbindung an die nationalen Krankenversicherungssysteme nur sehr langsam ausbreiten.

26. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um ein flächendeckendes Krankenversicherungssystem in Entwicklungsländern einzuführen?

Im Aktionsprogramm 2015 – dem Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Halbierung extremer Armut – wird dem Bereich sozialer Sicherung und damit auch sozialer Krankenversicherung in einem von zehn vorrangigen Ansatzpunkten ein wichtiger Stellenwert eingeräumt. Mit sozialer Krankenversicherung hat die deutsche Entwicklungszusammenarbeit gute Erfahrungen in den vergangenen Jahren sammeln können: Beispiele sind Ruanda, Kenia und Tansania in Afrika, Philippinen, Indonesien und Indien in Asien. Die deutsche Technische Zusammenarbeit bringt sich im Konsortium zu Social Protection in Health im Verbund mit der ILO (International Labour Organization) und WHO ein. Partnerländer in Afrika, Asien und Lateinamerika werden beim Aufbau und der Gestaltung solidarisch finanzierter Gesundheitssysteme unterstützt. Im Mittelpunkt stehen die Menschen im informellen Sektor, die in der Regel von sozialen Sicherungssystemen ausgeschlossen sind. Die Leistungen des Sektorvorhabens umfassen Politikberatung, konzeptionelle Unterstützung, Machbarkeitsstudien, Hilfestellung bei der Einführung und der Reform sozialer Sicherungssysteme, Vermittlung von Managementfähigkeiten und Evaluierung von Krankenversicherungen. In der Entwicklungszusammenarbeit äußert sich dieser Bedarf in einer wachsenden Nachfrage nach innovativen Ansätzen und sozialpolitischer Beratungskompetenz. Zahlreiche multilaterale Organisationen (Weltbank, WHO, ILO, EU) beschäftigen sich intensiv mit diesem Thema.

27. Wie beurteilt die Bundesregierung die Arbeit des „Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria“ (GFATM)?

Der GFATM wurde 2002 gegründet, um zusätzliche Mittel in signifikantem Ausmaß für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zu mobilisieren und diese nach klar definierten Regeln an die betroffenen Länder zu verteilen. Dies kann mit bisher bewilligten Mitteln in Höhe von 7,6 Mrd. US-Dollar in 136 Ländern als erfolgreich betrachtet werden. Der Fonds hat maßgeblich dazu beigetragen, für die drei Krankheiten erhebliche, auch zusätzliche Mittel zu mobilisieren und eine hohe politische und öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema zu erreichen. Nach Schätzungen verdanken 1,5 Millionen Menschen diesem Engagement ihr Leben.

Als Partnerschaft zwischen Regierungen, Zivilgesellschaft, der Wirtschaft und den Betroffenen der drei Epidemien stellt der GFATM einen innovativen Ansatz internationaler Gesundheitsfinanzierung dar. Er hat in den begünstigten Ländern das Prinzip der Partnerschaft möglichst vieler gesellschaftlicher Sektoren und insbesondere die aktive Einbeziehung der Betroffenen erfolgreich verbreitet und gestärkt. Umfassende finanzielle Beiträge aus der Wirtschaft konnten bisher (bis auf einige Ausnahmen) nicht mobilisiert werden.

Die Prinzipien des GFATM sind positiv zu bewerten und stimmen mit den Prinzipien der deutschen EZ (Entwicklungszusammenarbeit) überein:

- Länderverantwortlichkeit (national ownership),
- Ausgewogenheit in der Verteilung der Mittel auf die Weltregionen, die Epidemien und die Interventionskomponenten (Gesundheitsförderung und Menschenrechte, Prävention, Behandlung, Unterstützung),
- unabhängige Begutachtung der Anträge sowie
- Wirkungsorientierung und Transparenz.

Ein weiteres Grundprinzip des GFATM ist sein Charakter als multilateraler Finanzierungsmechanismus ohne Implementierungsstrukturen. Als solcher ist er auf Know-how-Partner der Technischen Zusammenarbeit angewiesen, um die

Unterstützung der Antragsteller bei der Entwicklung qualitativ hochwertiger Anträge und der planmäßigen Umsetzung bewilligter Programme sicherzustellen. Auch benötigt der GFATM als Finanzierungsmechanismus ohne Strukturen vor Ort zuverlässige und vertrauenswürdige Partner und Mittelverwalter vor Ort (Stichwort gute Regierungsführung). In den meisten Fällen ist dieses auch gelungen.

Einige Empfängerländer haben Schwierigkeiten mit der effektiven und zeitgerechten Umsetzung der GFATM-Mittel. Die verzögerte Umsetzung ist neben den mangelnden fachlichen und Management-Kapazitäten in den Empfängerländern sicher auch auf die teilweise maroden Gesundheitssysteme zurückzuführen. Nur funktionierende Gesundheitssysteme in den Empfängerländern können langfristig die wirksame Bekämpfung der drei Erkrankungen sicherstellen. Darauf hat der GFATM inzwischen reagiert, und anteilige Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme können finanziert werden. Parallel sind aber weitere Anstrengungen der Empfängerländer und der internationalen Geber zur Stärkung des Gesundheitssektors, gerade auch für die Erreichung der verschiedenen MDGs, unabdingbar.

Auf dem High-Level-Forum des Rom/Paris-Prozesses „Aid Effectiveness“ zum Thema „Geberkoordinierung und Harmonisierung“ in Paris im März 2005 wurde festgestellt, dass es eine Herausforderung darstellt, globale Initiativen (wie den GFATM) aufgrund ihrer Finanzierungsmacht (funding power), ihres „Ein-Themen-Charakters“ (one issue character), ihrer (meist) vertikalen Herangehensweise an Probleme in vorhandene Strukturen einzubinden. Inzwischen ist ein Koordinierungsprozess angelaufen, der, unter aktiver Mitwirkung des GFATM, eine konsequentere Einbindung des GFATM und anderer krankheitsbezogener Initiativen in vorhandene Länderstrategien und die Abstimmung mit den Programmen von WHO, Weltbank sowie anderer multilateraler und bilateraler Geber im Gesundheitsbereich voranbringt. Deutschland ist mit dem BMZ hier aktiv beteiligt.

28. Hat die Bundesregierung bisher alle dem GFATM zugesagten Mittel seit seiner Gründung bereits ausgezahlt?

    Wenn nein, warum nicht, und wie plant sie die Auszahlung der noch ausstehenden Mittel?

Die bisherigen Zusagen wurden vollständig wie vertraglich vorgesehen ausgezahlt. Der Stand der Ist-Auszahlung (2002 bis 2006) liegt bei insgesamt 236,5 Mio. Euro. 2006 wurden 72 Mio. Euro ausgezahlt.

29. Plant die Bundesregierung den Beitrag zum GFATM aufzustocken und somit mit einer längerfristigen Perspektive zu versehen?

    Wenn ja, in welcher Höhe und welchem Zeitraum?

Die Aufstockungsgespräche der Geber mit dem GFATM für die Periode 2008 bis 2010 haben im März 2007 begonnen. Diese werden – vorbehaltlich der Zustimmung des Haushaltsausschusses – Grundlage für die Planung der deutschen Beiträge ab 2008 sein. Die bisher durchgeführten Maßnahmen des GFATM haben entscheidend zu Erfolgen bei der Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose beigetragen. Um die international vereinbarten Ziele im Zusammenhang mit diesen Krankheiten zu erreichen, wird eine angemessene Aufstockung des GFATM angestrebt. Die Geber haben im Rahmen der ersten Wiederauffüllungskonferenz im März 2007 in Oslo festgestellt, dass die erzielten Ergebnisse des GFATM eine sehr solide Basis für eine Mittelaufstockung darstellen.

30. Wie beurteilt die Bundesregierung die deutsche Präsenz im Vorstand und Mitarbeiterstab des GFATM?

Die deutsche Präsenz im Stab ist als gut zu bewerten. Der Anteil deutscher Mitarbeiter ist mit über 6 Prozent relativ hoch (deutscher Anteil an den bisherigen Einzahlungen: 4,4 Prozent). Der Arbeitskontakt zwischen BMZ und den deutschen Mitarbeitern im Stab wie im Direktorat ist sehr gut.

Im Verwaltungsrat bildet Deutschland mit Kanada und der Schweiz eine sehr homogene und effektive Stimmrechtsgruppe. Seit Oktober 2006 hat Deutschland den Vorsitz in der Gruppe und damit den Verwaltungsratssitz inne und nutzt die hiermit einhergehenden Mitwirkungsmöglichkeiten.

II. HIV/Aids

31. In welcher Höhe engagiert sich die Bundesregierung insgesamt pro Jahr seit 1998 im Kampf gegen HIV/Aids, aufgeschlüsselt nach Jahr und Betrag?

Die Bundesregierung hat seit 2002 durchschnittlich rund 300 Mio. Euro pro Jahr für die globale Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose zur Verfügung gestellt – gegenüber 18 Mio. Euro 1998. Diese Summe beinhaltet Zusagen aus der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit, Beiträge zum GFATM und für andere internationale Organisationen sowie den deutschen Anteil an Aids-Bekämpfungsmaßnahmen der EU und der Weltbank.

Angesichts der weiterhin dramatischen Entwicklung der Aids-Epidemie wird die Bundesregierung ihren Beitrag zur globalen Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose im Jahr 2007 auf 400 Mio. Euro erhöhen.

32. Welche eigenen Projekte in welchem Land und in welcher Höhe führt die Bundesregierung in der finanziellen und der technischen Zusammenarbeit zur Prävention, Bekämpfung und Behandlung von HIV/Aids seit 1998 durch, aufgeschlüsselt nach Land, Projekt, Beitrag und Jahr?

Die Bundesregierung führt grundsätzlich keine „eigenen Projekte“ im Ausland durch, sondern unterstützt Vorhaben von Regierungen in Partnerländern sowie Nichtregierungsorganisationen im Gesundheitsbereich mit integrierten Ansätzen, die bei entsprechender Bedarfslage auch die HIV/Aids-Bekämpfung beinhalten.

Bezüglich länder- und jahresspezifischer Angaben zu Beiträgen der Bundesregierung für Vorhaben im Gesundheitsbereich wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

33. Plant die Bundesregierung die Erstellung eines konkreten Aktionsplanes zur Umsetzung ihrer eigenen HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie, die im Juli 2005 verabschiedet worden ist, und wenn ja wann?

Die Bundesregierung hat im März 2007 einen Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie vorgelegt, in der sie konkrete Bausteine und Maßnahmen darlegt. Der Aktionsplan nennt Maßnahmen, die eine nachhaltige und Erfolg versprechende HIV/Aids-Bekämpfung in Deutschland und in der internationalen Zusammenarbeit fördern.

34. Wird die Bundesregierung ihre EU-Ratspräsidentschaft und die Ausrichtung des G8-Gipfels dazu nutzen, um auf die konsequente Verwirklichung der Ziele der UN Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids und anderer zentraler Vereinbarungen hinzuarbeiten, und wenn ja, in welcher Form?

Im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft hat Deutschland ein Präsidentschaftspapier erarbeitet und abgestimmt (Presidency Paper on Recently Emerging Issues Regarding HIV/Aids), das im Hinblick auf das Erreichen der internationalen Ziele und Vereinbarungen konkrete Maßnahmen vorschlägt. Dazu zählen die Verbesserung der Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten für Frauen, die Verknüpfung von HIV/Aids mit Programmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte sowie die Verknüpfung mit Bildungsprogrammen. Auch die Stärkung von Gesundheitssystemen als Voraussetzung für die Sicherstellung des universellen Zugangs zu Präventionsmaßnahmen, Behandlung und Pflege wird anvisiert. Auf Grundlage des vorgelegten Präsidentschaftspapiers werden im Mai 2007 von dem Rat der EU-Entwicklungsminister und -ministerinnen konkrete Ratsschlussfolgerungen verabschiedet.

Im Rahmen der G8-Präsidentschaft hat Deutschland das Thema HIV/Aids im Kontext des Afrikaschwerpunkts in den Vordergrund gestellt. Die oben genannten Themen spielen auch hier eine zentrale Rolle. Insbesondere will Deutschland hier mit den G8-Partnern Akzente setzen, um die Schaffung und Stärkung von funktionierenden, und für alle gesellschaftlichen Gruppen zugänglichen, Gesundheitssysteme voranzubringen – als eine entscheidende Voraussetzung für die nachhaltige Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und anderen Krankheiten.

35. In welchem Verhältnis stehen die Projekte zur Prävention von HIV/Aids zu den Projekten der Behandlung von HIV/Aids?

Fortschritte im Kampf gegen HIV/Aids sind am ehesten mit integrierten Ansätzen möglich, die Prävention, Behandlung und die Versorgung und Unterstützung von HIV-infizierten Personen umfassen, und dadurch parallel Neuinfektionen verhindern und Behandlungsmöglichkeiten vor allem durch den Zugang zu kostengünstigen Medikamenten verbessern. Maßnahmen der Prävention, Behandlung, Versorgung und Pflege können in ihrer Kombination Synergieeffekte hervorbringen: so zeigt die Erfahrung insbesondere in Partnerländern mit hohen Prävalenzraten, dass die Bereitschaft zur Nutzung von Test- und Präventionsmaßnahmen erheblich steigt, wenn Aussicht auf die Aufnahme in kostenlose bzw. kostengünstige Behandlungsprogramme besteht.

36. Plant die Bundesregierung eine sektorübergreifende nationale HIV/Aids Kommission?

Wenn nein, warum nicht?

Nein, die Bundesregierung plant keine solche Kommission. Sektorübergreifende Zusammenarbeit prägt seit Beginn die HIV/Aids-Bekämpfungsprogramme der Bundesregierung sowohl im Inland als auch in der internationalen Zusammenarbeit.

Die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Bundesländern erfolgt insbesondere über das Bund-Länder-Gremium zur Koordinierung von Maßnahmen für Aids-Aufklärung. Auch der Nationale Aids-Beirat ist ein von der Bundesregierung geschätzter Partner.

Die in der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung vom Juli 2005 angekündigte Einsetzung einer interministeriellen Arbeitsgruppe ist erfolgt und

stärkt die Koordination und Kooperation im Umsetzungsprozess von vielfältigen Maßnahmen.

37. Welche internationalen Organisationen unterstützt die Bundesregierung im Kampf gegen HIV/Aids mit welchen Beträgen seit 1998, aufgeschlüsselt nach Organisation, Jahr und Betrag?

Leistungen der Bundesregierung an internationale Organisationen zur Bekämpfung von HIV/Aids in Mio. Euro:

Organisation	Ressort	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
GFATM[4]	BMZ	–	–	–	–	7,0	18,9	22,0	47,6
UNAids	BMZ	0,1	0,8	1	0,9	2,1	1,2	1,4	1,2
UNAids	BMG	0,06	0,23	0,36	0,26	–	0,09	0,08	–
UNFPA[5]	BMZ	5,4	5,4	3,0	3,7	4	4	3,9	5,5
IPPF[6]	BMZ	1	1,3	0,6	1	1,3	0,8	0,8	0,9
WHO[7]									

[4] Die Beiträge entsprechen 58 Prozent der Gesamtleistungen

[5] Die Beiträge entsprechen 25 Prozent der Gesamtleistungen

[6] Die Beiträge entsprechen 25 Prozent der Gesamtleistungen

[7] Die Erfassung der Ausgaben für HIV/Aids ist nicht exakt möglich, weil früher nur ansteckende Krankheiten als Ganzes erfasst wurden, anschließend wurden die Bereiche HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria zusammen erfasst. Eine seriöse Darstellung der Beträge für HIV/Aids, die dem deutschen Anteil an den Leistungen an die WHO (8,6 Prozent) entsprechen, ist daher – insbesondere für eine Zeitreihe – nicht möglich.

Zahlen, die sich auf Gesundheit allgemein beziehen: siehe Antwort zu Frage 12.

38. Wie beurteilt die Bundesregierung den Negativtrend in den Beiträgen zu den Vereinten Nationen im Kampf gegen HIV/Aids?

Der Bundesregierung ist ein Negativtrend der Beiträge an Organisationen der Vereinten Nationen, die den Kampf gegen HIV/Aids unterstützen oder Programme zur Bekämpfung von HIV/Aids durchführen, nicht bekannt. Insbesondere UNAids, UNFPA und die WHO konnten in den letzten Jahren deutliche Anstiege der Beiträge durch Mitgliedstaaten und andere Geber verzeichnen.

So haben sich die Geberbeiträge an UNAids zwischen 2000 und 2005 mehr als verdoppelt von 67 Mio. US-Dollar in 2000 auf 172 Mio. US-Dollar in 2005. Die Beiträge an UNFPA stiegen von 373 Mio. US-Dollar in 2002 auf 565 Mio. US-Dollar in 2005. Die WHO konnte einen Anstieg ihres Gesamtbudgets von 2,2 Mrd. US-Dollar für die Periode 2002 bis 2003 auf 2,98 Mrd. US-Dollar für die Periode 2004 bis 2005 verbuchen.

39. Wie schätzt die Bundesregierung die rasante Ausbreitung von HIV/Aids in Osteuropa ein, und wie beurteilt sie die Auswirkungen auf die Bundesrepublik Deutschland?

Die Bundesregierung ist sich der gravierenden Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie in den östlichen Nachbarstaaten bewusst und beobachtet die Entwicklung mit großer Sorge.

Der Anteil der Menschen, die mit HIV/Aids leben ist in Osteuropa und Zentralasien deutlich höher als in den westeuropäischen Staaten. In einigen Ländern ist unter der erwachsenen Bevölkerung bereits eine Prävalenzrate von über 1 Prozent zu verzeichnen. 2006 wies die Russische Föderation die höchste Zahl von mit HIV/Aids lebenden Menschen in Europa auf. Die Infektionsrate nimmt ins-

besondere bei Konsumenten und -innen intravenös verabreichter Drogen dramatisch zu. In osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern entfallen 80 Prozent aller HIV-Meldungen auf diese Gruppe. Stark betroffen sind zudem Gefängnisinsassen und -insassinnen, die häufig keinen Zugang zu sauberen Spritzen oder Kondomen haben, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.

In Osteuropa infizieren sich vor allem junge Menschen mit HIV: In Russland sind 79 Prozent der Menschen, die mit HIV leben, zum Zeitpunkt der Diagnose zwischen 15 und 30 Jahre alt. Da junge Menschen häufiger wechselnde Sexualpartner haben, führt das niedrige Durchschnittsalter der Infizierten zu einer schnellen Verbreitung des HI-Virus auf sexuellem Wege. Aufgrund der heterosexuellen Übertragung sind zunehmend auch Frauen von HIV-Infektionen betroffen. Die Prävention der sexuellen Übertragung stellt eine besondere Herausforderung dar, da neben der Information über Infektionsrisiken auch Schutzmöglichkeiten wie Kondome verfügbar sein müssen und Menschen motiviert und befähigt werden müssen, sich gesundheitsfördernd zu verhalten.

Begünstigt wird die Ausbreitung der HIV/Aids-Epidemie in Osteuropa und Zentralasien durch die große Zahl von Drogennutzern und -nutzerinnen, eine hohe Inhaftierungsrate, eine hohe Prävalenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen, die als Co-Faktoren einer HIV-Infektion bekannt sind sowie durch eine oftmals mangelhafte Gesundheitsversorgung. Diese Faktoren haben in einigen Ländern zu einer nach WHO-Kriterien generalisierten HIV-Epidemie (mehr als 1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung mit HIV infiziert) geführt. Besorgniserregend ist dabei die zunehmende Übertragung des HI-Virus durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr.

Als zusätzliche Bedrohung für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung ist die erhöhte Empfänglichkeit und Manifestationsrate für Tuberkulose bei HIV-Infizierten anzusehen, weil sich dadurch Tuberkulose, einschließlich ihrer multiresistenten Formen, auch bei Menschen ohne HIV/Aids weiter ausbreitet.

Präventions-, Behandlungs- und Pflegeinterventionen in Zentral- und Osteuropa sind bislang hauptsächlich durch die Zuwendungen des GFATM gefördert worden. 21 Ländern der WHO-EURO-Region wurden in den letzten Jahren ca. 722 Mio. US-Dollar (davon allein 533 Mio. US-Dollar für die HIV/Aids-Bekämpfung) zugesagt.

Russland hat Anfang 2006 erstmals in größerem Umfang Mittel aus dem eigenen nationalen Budget für HIV-Prävention und Therapie zur Verfügung gestellt (ca. 110 Mio. Euro für 2006, ansteigend auf ca. 260 Mio. Euro in 2007). Die Anzahl der Patienten, die HAART bekommen, stieg in Zentral- und Osteuropa von 2003 bis Mitte 2006 von 7 000 auf 25 000 an. Allerdings wird die HAART noch nicht chancengleich und im erforderlichen Umfang bereitgestellt. Besonders für Drogennutzer und -innen, Gefängnisinsassen und -innen, Männern die Sex mit Männern haben sowie Migranten und Migrantinnen ist der Zugang deutlich erschwert.

Der Begriff Hoch Aktive AntiRetrovirale Therapie, abgekürzt HAART (englisch Highly Active Anti-Retroviral Therapy), bezeichnet eine 1996 eingeführte Kombinationstherapie aus mindestens drei verschiedenen antiretroviralen Medikamenten (ARV) zur Behandlung der HIV-Infektion.

Sehr wenige Länder haben ihre Gesetzgebung dahingehend verbessert, die Vulnerabilität von Menschen, die Drogen spritzen, Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen und anderen betroffenen Gruppen zu verringern. Vielmehr haben einige Länder Bestimmungen implementiert, die den Zugang für besonders gefährdete Gruppen zu Prävention, Therapie und Pflege noch erschweren. Unter Fachleuten ist unbestritten, dass es für eine effektive Bekämpfung von HIV/Aids unter Drogennutzern und -innen notwendig ist, ihre Lebensumstände zu verbessern, Stigma und Diskriminierung zu bekämpfen und ihnen eine umfassende medizinische Betreuung bereitzustellen, die neben der Prävention und Behand-

lung blutübertragener Infektionen wie HIV, HCV und HBV, der Prävention und Behandlung von Tuberkulose und sexuell übertragener Infektionen wie Syphilis auch die Substitutionstherapie umfasst.

In den letzten Jahren hat sich die Einbeziehung von Menschen, die mit HIV/Aids leben, und von zivilgesellschaftlichen Organisationen in vielen Ländern Zentralasiens und Osteuropas deutlich verbessert. Ihre Mitwirkung in den nationalen HIV/Aids-Koordinationsgremien sowie in einem breiten Spektrum weiterer Aktivitäten wurde vor allem durch die Auflagen des GFATM in der Region sichergestellt.

Auswirkungen auf die Bundesrepublik Deutschland

Die Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie in Osteuropa und Zentralasien kann Auswirkungen auch auf die weitere Entwicklung der Epidemie in Deutschland haben. Die Epidemie von HIV/Aids bei Drogenkonsumenten und -innen in Osteuropa wirkt sich wahrscheinlich bereits jetzt in Form begrenzter lokaler Ausbrüche von HIV/Aids bei Aussiedlern und -innen aus Russland in Deutschland aus, weil hier weiterhin intensive Verbindungen nach Osteuropa bestehen. Auch darüber hinaus besteht das Risiko einer verstärkten Ausbreitung von HIV/Aids unter Drogenkonsumenten und -innen in Deutschland, da vermutet wird, dass Drogentransportwege zunehmend über Zentralasien und Osteuropa laufen und sich erfahrungsgemäß auch HIV/Aids bei Konsumenten und -innen intravenös verabreichter Drogen entlang von Transportrouten ausbreitet.

Eine generalisierte HIV/Aids-Epidemie in Osteuropa kann auf Grund der erleichterten Reisemöglichkeiten zwischen Deutschland und Osteuropa in Deutschland auch zu steigenden HIV-Übertragungen auf sexuellem Wege beitragen. Die Syphilis-Epidemien der 1990er Jahre in Ost- und Südosteuropa beispielsweise wirken sich bis jetzt stark auf die Verbreitung der Syphilis in Deutschland aus.

40. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um dieser rasanten Ausbreitung von HIV/Aids in Osteuropa entgegenzuwirken?

Ost- und Südosteuropa gehören zu den Regionen, in denen sich die HIV/Aids-Epidemie noch immer stark ausbreitet. Die Versäumnisse bei der HIV/Aids-Bekämpfung, so vor allem auch das Fehlen wissenschaftlicher Prozessbeobachtung, schlagen sich in den deutlich steigenden Neuinfektionszahlen nieder. Die Problematik wird schon seit längerem auf der Ebene der EU-Kommission, von WHO-Europa und UNAids aufgezeigt.

Die Bundesregierung ist den EU-Erklärungen von Dublin und von Vilnius aus dem Jahr 2004 verpflichtet, die auf eine Stärkung und Koordinierung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den osteuropäischen Nachbarländern ausgerichtet sind. Mit ihrer HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie vom Juli 2005 hat sich die Bundesregierung daher auch für eine Unterstützung Osteuropas im Kampf gegen HIV/Aids ausgesprochen.

Über finanzielle Beiträge an internationale Organisationen hinaus setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den osteuropäischen Staaten ein. Das BMG unterstützt im Rahmen bestehender Gesundheitsabkommen mit Polen, Ungarn, Bulgarien, Rumänien, der Russischen Föderation und den GUS-Staaten einen Know-how-Transfer, der auch einen Schwerpunkt auf Diagnose, Behandlung und Prävention von HIV/Aids und TB (Tuberkulose) legt.

Die HIV/Aids-Bekämpfung ist ein zentrales Thema des gesundheitspolitischen Aktionsprogramms der deutschen EU-Ratspräsidentschaft. Unter dem Motto „Verantwortung und Partnerschaft – gemeinsam gegen HIV/Aids“ wurde im

Rahmen einer Ministerkonferenz in Bremen neben Vertretern und -innen der Regierungen auch die Zivilgesellschaft einbezogen. Im Rahmen der Konferenz wurden Best-Practice-Beispiele für die Einbindung der Zivilgesellschaft bei der HIV-Prävention identifiziert, und so der Präventionsarbeit in Europa ein wichtiger politischen Impuls verliehen. Mit der Pharmaindustrie wurde bei der Konferenz vereinbart, für besonders betroffene neue EU-Mitgliedstaaten und Nachbarstaaten der EU, Preise für HIV/Aids-Medikamente anzupassen. Dieser Durchbruch wurde besonders von den anwesenden NRO-Vertretern (NRO: Nichtregierungsorganisation) begrüßt. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Notwendigkeit der politischen Führung der Gesundheitsminister und -ministerinnen und auch der Staats- und Regierungschefs im Aufbau nachhaltiger Strukturen der Kooperation von Staat und Zivilgesellschaft betont. Dabei war die aktive Beteiligung von Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel an der Konferenz ein wichtiges Signal um die Bedeutung zu unterstreichen, die die deutsche EU-Ratspräsidentschaft dem Thema HIV/Aids beimisst.

Auf internationaler Ebene fördert das BMG mit einem Betrag von 400 000 Euro im Haushaltsjahr 2007 UNAids-Projekte zur Stärkung einer HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie in Südosteuropa und den GUS-Staaten. Ein besonderer Schwerpunkt dieser Projekte liegt in den Bereichen Evaluation, Aktionsforschung und Überwachung der Entwicklung.

41. Ist eine Umverteilung der Gelder, die ursprünglich für die HIV/Aids Bekämpfung in Subsahara Afrika geplant waren, zu Indien und Osteuropa zu erwarten?

Die Verteilung der finanziellen Mittel in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit wird jährlich in einem aufwändigen Verfahren zur Erstellung der vertraulichen Erläuterungen der Finanziellen und Technischen Zusammenarbeit, die Teil des Haushalts sind (so genanntes Rahmenplanungsverfahren) geplant. Bei diesem Planungsverfahren spielen sowohl Fragen der regionalen Gewichtung wie auch Fragen der thematischen Zielgrößen (wie unter anderem einen bestimmten Anteil der zuzusagenden Mittel für HIV/Aids-Bekämpfung vorzusehen) eine Rolle. Die Verplanung der finanziellen Zusagen in der Zusammenarbeit mit einem Land erfolgt auf Basis der mit der Partnerregierung vereinbarten Schwerpunkte der Kooperation.

Eine Umverteilung von Mitteln erfordert die Veränderung der Regionalquoten und der vereinbarten Schwerpunkte und ist kurzfristig in größerem Umfang schwierig umzusetzen. Eine Umverteilung von Mitteln, die ursprünglich für HIV/Aids-Bekämpfung in Afrika geplant waren, zu Indien und Osteuropa ist nicht vorgesehen.

42. Wie beurteilt die Bundesregierung verschiedene Strategien der Gebernationen im Kampf gegen HIV/Aids in Entwicklungsländern?

Grundsätzlich besteht in der internationalen Staatengemeinschaft ein weit reichender Konsens über die Bedrohlichkeit von HIV/Aids und die Elemente einer erfolgreichen Bekämpfungsstrategie wie zum Beispiel nachzulesen im Abschlussdokument der UNGASS+5 Konferenz in New York vom Juni 2006.

Unterschiedliche Einschätzungen bestehen teilweise bezüglich der Bedeutung und Akzentuierung von Enthaltsamkeitsprogrammen im Rahmen der HIV/Aids-Prävention. Programme, die ausschließlich auf Abstinenz und Treue setzen (abstinence only) widersprechen eindeutig der Position der Bundesregierung, wie unter anderem in der im Juli 2005 vom Kabinett verabschiedeten HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie dargelegt wurde. Die Bundesregierung und die gesamte

EU haben sich dementsprechend auf internationaler Ebene (auch G8) bzw. im Kontext internationaler Organisationen ausdrücklich gegen derartige Strategien gewandt.

Kernstück der HIV/Aids-Prävention ist verantwortungsbewusstes Sexualverhalten. Allein auf Abstinenz und Treue zu setzen, wäre unrealistisch. Dies gilt für alle Gesellschaften, insbesondere aber für Regionen, in denen das Selbstbestimmungsrecht von Frauen nur eingeschränkt gilt und sexuelle Gewalt häufig vorkommt. Von der deutschen Entwicklungszusammenarbeit unterstützte Programme umfassen daher grundsätzlich die Verbesserung des Zugangs zu Informationen sowie entsprechenden Dienstleistungen und Kontrazeptiva, insbesondere Kondomen. Darüber hinaus gilt es riskante Verhaltensmuster sowie auch Rechtsverletzungen (unter anderem sexuelle Gewalt) zu bekämpfen.

43. Wie stimmt sich die Bundesregierung bei sich teilweise widersprechenden Maßnahmen mit anderen Gebernationen ab?

Die Gebernationen, die Mitglied des OECD-Development Assistance Committees (DAC) sind, haben sich in den Erklärungen von Rom (Februar 2003) und Paris (März 2005) verpflichtet, ihre Verfahren zu harmonisieren und ihre Maßnahmen zu koordinieren, um die Empfängerländer durch ein einheitliches und transparentes Vorgehen zu entlasten und so die Effizienz der Hilfe zu steigern. Die Bundesregierung nimmt diese Verpflichtungen sehr ernst. Sie arbeitet in der Planung und Durchführung ihrer Entwicklungsmaßnahmen eng mit anderen Gebern zusammen. Die nationalen Armutsbekämpfungs- und Sektorstrategien stellen dabei, wo immer möglich, die programmatische Grundlage für die Zusammenarbeit mit anderen Gebern dar. Die deutsche Entwicklungspolitik unterstützt die internationalen Bemühungen um Arbeitsteilung und Komplementarität aufgrund komparativer Vorteile der einzelnen Geber, insbesondere im Rahmen der EU.

In den meisten Partnerländern gibt es auf Sektorebene Partnerschaftsforen zwischen Regierung und Gebern zur Abstimmung der Maßnahmen. Die Bundesregierung nimmt daran aktiv teil. Politische Diskussionen werden von den Auslandsvertretungen wahrgenommen, bei technischen Fragen werden die deutschen Durchführungsorganisationen (GTZ, KfW, DED) mandatiert an den Abstimmungen teilzunehmen. Schwerpunktstrategiepapiere und Projekt-/Programmvorschläge machen deutlich, wie sich der deutsche Beitrag in die Strategien des Partnerlandes und in die Beiträge der anderen Geber einfügt. Wenn im Sektor ein entsprechender Bedarf besteht, ernennt die Bundesregierung Schwerpunktkoordinatoren und -koordinatorinnen aus dem Kreis der Durchführungsorganisationen, die die Bundesregierung bei der Abstimmung der Maßnahmen mit anderen Gebern unterstützen.

44. Wie reagiert die Bundesregierung auf konterkarierendes Verhalten von nationalen Regierungsmitgliedern in Entwicklungsländern, die die deutsche Präventions-, Behandlungs- und Bekämpfungsstrategie von HIV/Aids in Entwicklungsländern behindern?

Die Bundesregierung führt grundsätzlich keine „deutschen Präventions-, Behandlungs- und Bekämpfungsstrategien in Entwicklungsländern“ durch, sondern unterstützt Regierungen von Partnerländern sowie NROs in der HIV/Aids-Bekämpfung vor Ort.

In einigen Ländern liegt ein großes Problem bei der HIV/Aids-Bekämpfung darin, dass nicht alle politischen Kräfte im Land „mit einer Stimme“ sprechen; dies galt bis Ende letzten Jahres insbesondere für Südafrika. Dort gab es schon lange

– sowohl innerhalb der Regierung als auch in dem weiten Feld der nicht-staatlichen Kräfte – eine Vielzahl von unterstützenswerten Konzepten, Initiativen und Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung mit der südafrikanischen Regierung eine Zusammenarbeit im Bereich HIV/Aids vereinbart und leistet gezielte Unterstützung in verschiedenen (staatlichen und nicht-staatlichen) HIV/Aids-Bekämpfungsprogrammen. Mit dieser Strategie verfolgt die Bundesregierung zwei Ziele: Ersten werden diejenigen Politikansätze im Land, die eine wirksame Bekämpfung der Pandemie erwarten lassen, unmittelbar gestärkt. Die vorhandenen Mechanismen der Projektprüfung stellen hierbei sicher, dass die bereitgestellten Mittel sinnvoll und sachgerecht verwendet werden. Zweitens hat sich die Bundesregierung durch ihre aktive Unterstützung der HIV/Aids-Bekämpfung eine günstige und glaubwürdige Position verschafft, um im politischen Dialog eine konsistentere HIV/Aids-Politik der Regierung anzumahnen und zu einer differenzierten Diskussion der HIV/Aids-Problematik in der gesamten südafrikanischen Gesellschaft beizutragen.

Am Welt-Aids-Tag 2006 kündigte die südafrikanische Regierung an, von nun an eine konsistente HIV/Aids-Bekämpfungspolitik durchzuführen und Defizite im medizinischen Bereich gezielt anzugehen, um die Behandlung von Bedürftigen mit anti-retroviralen Medikamenten beschleunigt auszuweiten.

45. Welchen Stellenwert räumt die Bundesregierung in ihren Programmen zur Bekämpfung, Behandlung und Prävention von HIV/Aids in Entwicklungsländern der Bekämpfung von Stigmatisierung der infizierten Menschen und deren Angehörigen ein, und mit welchen Maßnahmen versucht sie, dem entgegenzuwirken?

Da HIV/Aids in vielen Gesellschaften mit abweichendem Sexualverhalten und Tod assoziiert wird, werden Menschen mit einer HIV-Infektion und ihre Angehörigen sowohl im familiären als auch im beruflichen und politischen Bereich oft diskriminiert. Der Schutz von HIV-Positiven und ihrer Angehörigen vor Diskriminierung ist die Gewährleistung wesentlicher Menschenrechte, denen ein entsprechend hoher Stellenwert in den von der deutschen Entwicklungszusammenarbeit unterstützten HIV/Aids-Programmen eingeräumt wird.

Um ein gesellschaftliches Klima der Solidarität mit von HIV/Aids Betroffenen zu schaffen, ist für die Bundesregierung die enge Kooperation mit Regierungen, Glaubensgemeinschaften und Nichtregierungsorganisationen, insbesondere aber die Zusammenarbeit mit Betroffenen von zentraler Bedeutung. Die deutsche Entwicklungspolitik unterstützt unter anderem bestehende Selbsthilfegruppen, um ihnen eine bessere Koordination ihrer Aktivitäten, eine größere Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit und eine wirksamere politische Repräsentation zu ermöglichen. Darüber hinaus wirkt sie in ihrem Politikdialog auch darauf hin, dass Regierungen in den Partnerländern Waisen vor Diskriminierungen schützen und ihre Rechte stärken. Um auch HIV-positiven Menschen den Zugang zu Familienplanung und selbstbestimmter, sicherer Sexualität zu ermöglichen, und somit die Anzahl von Neuinfektionen einzudämmen, wird eine enge Verzahnung von Angeboten zu HIV/Aids und reproduktiver Gesundheit angestrebt. Um Stigma und Diskriminierungen am Arbeitsplatz zu bekämpfen, unterstützt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit die Einführung von HIV/Aids-Bekämpfungsprogrammen auf Betriebsebene und berät privatwirtschaftliche Unternehmen, wie sie Stigma und Diskriminierungen verhindern und ihre Angestellten vor HIV/Aids und den negativen Folgen schützen können.

Einer besonderen Stigmatisierung unterliegen homosexuelle, mit HIV infizierte, Menschen, da einvernehmliche homosexuelle Handlungen unter Erwachsene in den meisten afrikanischen Staaten, aber auch in einigen asiatischen, arabischen und karibischen Staaten unter Strafe gestellt sind. Homosexuellen Männern wie

Frauen drohen neben Geldstrafen in weiten Teilen Afrikas sogar hohe Freiheitsstrafen. In vielen Ländern ist diese Bevölkerungsgruppe dadurch von Maßnahmen zur HIV/Aids-Prävention und Behandlung ausgeschlossen.

46. Welchen Stellenwert räumt die Bundesregierung in ihren Programmen der Versorgung von Aids-Waisen und von HIV/Aids betroffenen Kindern ein, und wie versucht sie, diese zu unterstützen?

Kinder und Jugendliche sind Zielgruppe bei fast allen Programmen zur allgemeinen Bekämpfung von HIV/Aids, zur Verminderung von Neuansteckungen sowie zum Ausbau und zur Verbesserung von Gesundheitssystemen. Auch wenn die Projekte nicht explizit auf Kinder ausgerichtet sind, können diese hierbei in mehrfacher Hinsicht profitieren: durch umfassende Information, Beratung und medizinische Betreuung, und durch den Beitrag zur Entstigmatisierung und Vermeidung von Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV/Aids.

Viele Vorhaben aus den Bereichen HIV/Aids-Bekämpfung, reproduktive und sexuelle Gesundheit, Grundbildung und Jugend setzen aus den oben genannten Gründen auf Unterstützung HIV/Aids betroffener Kinder, solange sie sich noch in formalen Systemen wie der Schule befinden. „Life skills education" stärkt das Selbstbewusstsein von Kindern und Jugendlichen, damit sie bessere Möglichkeiten haben, sich vor HIV/Aids zu schützen. Sie vermittelt zudem Inhalte, die ihnen helfen, mit neuen, infolge der Aids-Epidemie entstehenden Herausforderungen wie Haushaltsführung und Krankenpflege, umzugehen.

Mit ähnlichen Angeboten im nicht-formalen Bildungsbereich können auch Kinder und Jugendliche erreicht werden, die nicht (mehr) die Schule besuchen. Die Unterstützung der Gemeinden, die Zusammenarbeit von NROs mit den betroffenen Gemeinschaften und Kindern hat sich in vielen Ländern als unbürokratischer, hilfreicher Zugang erwiesen.

In sektorübergreifenden Ansätzen versucht die deutsche Entwicklungspolitik, entsprechende Unterstützungsmaßnahmen auch in umfassende und integrierte Programme zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern einzubetten.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Unterstützung von Waisenkindern grundsätzlich am besten von den Gemeinschaften, in denen diese leben, geleistet werden kann. Wie auch UNICEF ist sie der Ansicht, dass die betroffenen Kinder bevorzugt in ihrem Lebensumfeld unterstützt werden müssen – Zielgruppe von Maßnahmen sind daher betroffene Gemeinden und deren Kinder, nicht hingegen selektiv Aids-Waisen, da dies das Risiko von Stigmatisierung und Diskriminierung birgt.

47. Welchen Stellenwert räumt die Bundesregierung in ihren Programmen der Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV/Aids ein, und wie versucht sie, diese einzudämmen?

Die HIV-Übertragung von der Mutter auf ihr Kind während Schwangerschaft, Geburt und Stillperiode ist die häufigste Infektionsquelle für Kinder unter zehn Jahren. In Entwicklungsländern beträgt die Übertragungswahrscheinlichkeit etwa 30 Prozent, das heißt jedes dritte Kind von HIV-positiven Müttern wird infiziert. Etwa ein Viertel dieser Kinder stirbt im ersten Lebensjahr, mehr als die Hälfte vor dem Erreichen des zweiten Geburtstags. In Ländern mit funktionsfähigem Gesundheitswesen kann die Übertragung durch Kaiserschnitt, antiretrovirale Behandlung von Mutter und Kind und Verzicht auf Stillen zugunsten von Ersatzprodukten auf unter 2 Prozent gesenkt werden.

Um auch in armen Ländern diese Übertragungsform zu verhindern oder zu verringern, ist eine schnelle Ausweitung von Maßnahmen notwendig, die durch allgemeine Prävention eine Infektion junger Frauen verhindern, Frauen Zugang zu freiwilligen Tests sichern, schwangeren Frauen anti-retrovirale Behandlung, sichere Geburt und gegebenenfalls den Zugang zu alternativer Säuglingsnahrung ermöglichen. Um HIV-positiven Müttern zu ermöglichen, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern, sind zudem die Ausweitung von Angeboten der Familienplanung und der verbesserte Zugang zu modernen Verhütungsmitteln und Kondomen wesentlich.

Es genügt allerdings nicht, die Übertragung von HIV/Aids auf das Kind zu verhindern, wenn es später als Waise nach dem Aids-Tod der Eltern nicht versorgt ist. Um auch nach der Geburt das Überleben der Kinder, Mütter und Familien zu sichern, sind umfassendere Ansätze notwendig, die die Dauerbehandlung der betroffenen Familien mit anti-retroviralen Medikamenten sowie die Vorbeugung gegen Aids-assoziierte Erkrankungen beinhalten. Den Gesundheitssystemen vieler Partnerländer fehlen wesentliche Voraussetzungen zur Umsetzung dieser Ansätze. Unzureichende Schwangerschaftsvorsorge und geburtshilfliche Dienste, mangelnde Infrastruktur und fehlendes Personal sind die Haupthindernisse. Hinzu kommen ethische, kulturelle und soziale Probleme wie zum Beispiel die Gefahr der Stigmatisierung von Mutter und Kind. Häufig mangelt es auch an ausreichenden hygienischen Bedingungen beim Einsatz von Muttermilchersatzprodukten.

Um einen Beitrag zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV/Aids zu leisten, unterstützt die Bundesregierung seit Juli 2001 entsprechende Projekte in ländlichen Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte und hoher HIV-Prävalenz in Kenia, Tansania und Uganda. Damit werden für Frauen, die ansonsten nur beschränkten Zugang zu HIV-Beratung und Behandlung haben, neue Möglichkeiten eröffnet. Das Vorhaben arbeitet im Rahmen des Distriktgesundheitsdienstes in Kliniken und Gesundheitszentren und spricht etwa 45 000 Frauen pro Jahr an, die zum Erstbesuch in die Schwangerenvorsorge kommen. Die Programme wurden bisher an 44 Standorten (Krankenhäuser, Gesundheitszentren) in 8 Distrikten in Kenia, Tansania und Uganda aufgebaut. Im Mittelpunkt stehen zunächst die Beratung der Schwangeren, Angebot von HIV-Testung, Maßnahmen für eine sichere Geburt und Medikamentengabe. Dabei wird das Medikament ViramuneR eingesetzt, das von der Firma Boehringer Ingelheim kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit des Vorhabens liegt in der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung, der Einbeziehung des sozialen Umfelds und HIV/Aids-Therapie behandlungsbedürftiger Familienangehöriger sowie der Ausbildung des Gesundheitspersonals.

48. Was unternimmt die Bundesregierung, um die Autoritäten aller Religionsgemeinschaften im Kampf gegen HIV/Aids mit einzubeziehen und ihn aktiv zu unterstützen?

Die Bundesregierung fördert in einer Reihe von Entwicklungsländern, vor allem in Afrika, den Gesundheitsbereich und HIV/Aids-Bekämpfungsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen religiösen Trägern, wie die folgenden Beispiele aus der bilateralen deutschen Entwicklungszusammenarbeit verdeutlichen.

So werden in Tansania, in der Demokratischen Republik Kongo, in Malawi, in Madagaskar gemeinsam mit kirchlichen Organisationen sowohl Gesundheitsmaßnahmen als auch HIV/Aids-Präventionsansätze auf Distriktebene gefördert. In Mosambik wurde in Zusammenarbeit mit der kirchlichen Organisation St. Egidio ein Programm zur Mutter-Kind-Prävention von HIV/Aids gefördert. In Namibia wurde in Zusammenarbeit mit der katholischen Kirche und dem mis-

sionsärztlichen Institut Würzburg ein HIV/Aids-Präventions- und Behandlungsprogramm aufgebaut.

In Mauretanien wurde ein Programm zur HIV/Aids-Prävention unter Einbeziehung und Trägerschaft der geistigen islamischen Führer – der Imame – in mehreren Jahren beispielhaft umgesetzt. Auch im Tschad ist die Einbeziehung islamischer Führer ein wesentlicher Strategiebestandteil des durch die deutsche Entwicklungszusammenarbeit unterstützten HIV/Aids-Programms.

In Afrika hat im Jahr 2005 eine Konferenz mit Imamen in Bamako, Mali, zum Thema weibliche Genitalbeschneidung, Gesundheit, HIV/Aids stattgefunden.

Ein Vorhaben zur Förderung des Bildungsbereichs in Guinea zieht systematisch Imame in seine Aids-Präventionsmaßnahmen ein. Über die Methode des Generationendialogs werden sie zum Thema Erziehung, weibliche Genitalverstümmelung, Sexualmoral und HIV/Aids explizit als Multiplikatoren einbezogen. Vor Ort konnte so eine gute Breitenwirkung erzielt werden, denn sie waren dazu bereit in den Freitagsgebeten dazu aufzurufen, dass Eltern mehr mit den Jugendlichen über die Aids-Thematik sprechen und Sexualität nicht tabuisieren sollten.

In Kenia wurden Autoritäten der Freikirchen in die Generationendialoge miteinbezogen.

Auch internationale Organisationen – insbesondere UNAids, UNFPA und WHO – engagieren sich im Dialog mit islamischen Autoritäten und werden dabei unter anderem von der Bundesregierung unterstützt.

49. Wie beurteilt die Bundesregierung die Standpunkte der katholischen Kirche in der HIV/Aids Prävention und die Verwendung von Kondomen?

Die Bundesregierung schätzt die Arbeit der Kirchen für Menschen, die von HIV/Aids betroffen sind. Sie respektiert die Haltung der Kirchen im Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko. Die Fokussierung der katholischen Kirche auf Abstinenz und monogamer Treue, wobei Kondome allenfalls als Ausnahmemaßnahme für „Risikogruppen“ von lokalen Kirchenvertretern geduldet werden, hat jedoch erhebliche Konsequenzen für den weltweit nach wie vor wichtigsten Übertragungsweg: den sexuellen Kontakt. Dieser Präventionsansatz stellt ein hohes Risiko dar, weil voreheliche Abstinenz und eheliche Treue nicht durchgängig durchzusetzen sind.

Die Bundesregierung versucht daher, die katholische Kirche in Gesprächen auf verschiedenen Ebenen zu einer Erweiterung ihres auf Abstinenz und Treue ausgerichteten Präventionsansatzes zu bewegen, um eine auch von der Kirchenführung gebilligte Verwendung von Kondomen zu erreichen. Dieses Bestreben beruht auf den HIV/Aids-Präventionserfahrungen in Deutschland und Erfahrungen im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, die belegen, dass nur lebensnahe, umsetzbare Präventionsbotschaften von den betroffenen Menschen gehört und umgesetzt werden.

Die Bundesregierung vertritt ein pragmatisches Konzept zur Verhinderung von HIV-Infektionen. Da die zentralen Übertragungswege des HI-Virus eigenverantwortliches Handeln erfordern, müssen die Ursachen und Einflüsse im Hinblick auf eine Infektion dargestellt und Möglichkeiten des Schutzes offen und auf unterschiedlichen, zielgruppenadäquaten Wegen bekannt gemacht werden. Zudem bedarf es der Schaffung förderlicher Umfelder, damit Menschen das Wissen auch umsetzen können (zum Beispiel Stärkung der Rechte von Frauen). Kondome haben eine nahezu 100-prozentige Schutzwirkung. Auf Grund der in Deutschland gesammelten Erfahrungen und belegbaren Erfolge, wird die Bundesregierung weiterhin sowohl im Rahmen der Aufklärungskampagnen in Deutschland als auch in der internationalen Zusammenarbeit dafür eintreten, dass Motivation und Befähigung zur Nutzung von Kondomen gefördert werden.

III. Medikamentenversorgung und Forschung

50. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um die Versorgung der HIV-infizierten Menschen in Entwicklungsländern mit preiswerten Medikamenten noch weiter zu verbessern?

Zum einen unterstützt die Bundesregierung Entwicklungsländer bei der Ausübung der ihnen zustehenden Rechte im Rahmen des TRIPS-Abkommens, die insbesondere durch die Regelungen zu grenzüberschreitenden Zwangslizenzen gewährt werden, und versucht, ihre Verhandlungsposition zur Abwehr so genannter TRIPS+-Regelungen in Freihandelsabkommen zu stärken, soweit diese Regelungen die Medikamentenversorgung beeinträchtigen. So unterstützt die Bundesregierung die Konferenz für Handel und Entwicklung der Vereinten Nationen (UNCTAD) bei der Erstellung von Trainings-Materialien und der Durchführung von Schulungen in Afrika zur bestmöglichen Nutzung von TRIPS-Flexibilitäten.

Zum anderen unterstützt die Bundesregierung den Aufbau von Kapazitäten zur lokalen Produktion lebenswichtiger Medikamente in Entwicklungsländern. Dies ist unter anderem auch Aufgabe der UNIDO (Organisation der Vereinten Nationen für industrielle Entwicklung – United Nations Industrial Development Organization). Die Bundesregierung finanziert ein Treuhandprojekt der UNIDO zur Unterstützung der Pharmaproduktion in Tansania, Lesotho und Bangladesch.

Im Rahmen von Entwicklungspartnerschaften mit der Wirtschaft werden neben HIV/Aids-Arbeitsplatzprogrammen und Präventionsmaßnahmen auch schrittweise anti-retrovirale Medikamente (ARV) mit begleitender Therapie für HIV-infizierte Patienten bereitgestellt. Ergänzend werden die lokale Produktion qualitativ hochwertiger ARV-Generika und die Qualitätssicherung bei der Medikamentenproduktion unterstützt.

51. Wie beurteilt die Bundesregierung das Engagement der Pharmaunternehmen bezüglich der Forschung von Impfstoffen und Medikamenten von „Armutskrankheiten“ und bezüglich des Zugangs zu Medikamenten in Entwicklungsländern?

Im Rahmen zahlreicher Public Private Partnership (PPP)-Vorhaben arbeitet das BMZ mit Unternehmen zusammen, um die Medikamentenversorgung für HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria zu verbessern. Hier sind unsere HIV/Aids-Arbeitsplatzprogramme mit Daimler Chrysler, VW, Robert Bosch und Roche in Südafrika, Unilever in Kenia, Lafarge in Nigeria ebenso zu nennen wie auch der Einsatz von Moskitonetzen zur Malaria- und Leishmaniasisprophylaxe. Die Behandlungskosten für die Versorgung HIV-positiver Menschen mit ARV sind in den letzten Jahren spürbar gesunken, was auf die verstärkte Produktion von Generika zurückzuführen ist.

Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass das bisherige Engagement der forschenden Pharmaunternehmen im Hinblick auf die Forschung bezüglich Medikamenten und Impfstoffen gegen „Armutskrankheiten“ und bezüglich des Zugangs zu Medikamenten in Entwicklungsländern nicht hinreichend gewesen ist.

Im Dezember 2006 haben sich Entwicklungsministerin Heidemarie Wieczorek-Zeul und BDI-Präsident Jürgen R. Thumann sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten führender deutscher Wirtschaftsunternehmen zu einem Meinungsaustausch zur Sondierung der Schnittmenge gemeinsamer Interessen zwischen Privatwirtschaft und Entwicklungspolitik getroffen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stimmten darin überein, für einige ausgewählte Bereiche zur Sondierung von Kooperationsmöglichkeiten Arbeitsgruppen (AGs) mit Vertreterinnen und Vertretern von Entwicklungszusammenarbeit und Wirtschaft zu bilden – auch zum Themenfeld Gesundheit.

52. Welche Position vertritt die Bundesregierung zu dem Vorschlag, „Abnahmegarantien“ an Pharmaunternehmen zu geben, damit diese auch nach Impfstoffen und Medikamenten forschen, deren späterer Absatz nicht lukrativ erscheint?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, sich an Abnahmegarantien für Pharmaunternehmen zu beteiligen. In den letzten Jahren hat die internationale Gebergemeinschaft auch mit deutscher Beteiligung in sehr großem Umfang Mittel zur Krankheitsbekämpfung bereitgestellt und wird dies in Zukunft noch verstärken. Dadurch sind auch Absatzmöglichkeiten für Impfstoffe geschaffen worden und damit Anreize für Pharmaunternehmen solche zu entwickeln.

Neben diesem grundsätzlichen Aspekt gibt es im Zusammenhang mit den vorgeschlagenen Abnahmegarantien eine Reihe wichtiger, ungeklärter Fragen, darunter die nach den Wettbewerbswirkungen innerhalb der Pharmaindustrie und die der Preis- und Mengenbestimmung. Ohne eine Klärung dieser Fragen wäre eine weitergehende Prüfung, auch wenn die grundsätzlichen Einwände nicht bestünden, ohnehin nicht möglich.

53. Welche möglichen Anreize sieht die Bundesregierung, um eine bedürfnisorientierte Forschung sicherzustellen?

Eine bedarfsorientierte Forschung kann besonders durch die Einbindung der Wissenschaftler/Ärzte aus den direkt betroffenen Ländern gewährleistet werden. Diese sind in ihrem Umfeld und der täglichen Arbeit mit den Entwicklungsländer-spezifischen Erkrankungen konfrontiert und haben daher ein tiefer gehendes, auch psychosoziales und die betroffenen Ethnien betreffendes Wissen über Ursachen und Umstände der Erkrankungen sowie deren Implikationen.

Im Rahmen von EDCTP (siehe Antwort zu Frage 8) werden Wissenschaftler aus Subsahara-Afrika in die Planung gemeinsamer Forschungsprogramme mit europäischen Instituten eingebunden. Im so genannten Developing Countries Coordinating Commitee (DCCC) sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Regionen in Afrika südlich der Sahara und mit Expertise zu den adressierten Krankheitsfeldern HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose zusammengefasst. Dieses Komitee speist die Erfahrungen aus der Arbeit in den betroffenen Regionen, die Bedürfnisse und Notwendigkeiten im Bereich der Forschung und Versorgung in die Programmplanung ein. Dies gewährleistet eine bedarfsorientierte Forschung in den gemeinsam finanzierten Forschungsvorhaben.

54. In welcher Höhe unterstützt die Bundesregierung die Forschung nach Impfstoffen bzw. Medikamenten zur Behandlung von „Armutskrankheiten“, die von den Pharmaunternehmen mangels ausreichender Forschungsanreize vernachlässigt werden?

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert seit 2002 eine Initiative zur Entwicklung und Verwertung von Impfstoffen, die sich auch mit der Entwicklung und möglichen Vermarktung von Impfstoffen gegen armutsbedingte Erkrankungen befasst. Die Vakzine Projekt Management GmbH mit Sitz in Hannover untersucht augenblicklich unter anderem Impfstoffkandidaten gegen Malaria und Tuberkulose (VPM 1-001 Malaria und VPM 1-002 TB). Bis ins Jahr 2010 sind Gesamtausgaben in Höhe von rund 25 Mio. Euro für die Impfstoffentwicklung vorgesehen.

Darüber hinaus werden aktuell im Kompetenznetz HIV/Aids-Standardverfahren für die Durchführung klinischer Impfstoff-Studien etabliert, die langfristig dem

deutschen Kompetenznetz zu Verfügung stehen sollen und über dessen internationale Einbindung auch den Weg in die internationale Wissenschaftsgemeinde finden werden.

55. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entwicklung von Mikrobiziden als frauen-kontrollierte Präventionsmethode, und unterstützt sie diesen Bereich der Präventionsmethode?

    Wenn ja, wann mit welchen Beträgen und in welchen Projekten?

Mikrobizide sind Substanzen und/oder Präparationen, die zur vaginalen Anwendung bestimmt sind und eine HIV-Infektion (und gegebenenfalls weitere sexuell übertragbare Krankheiten) der Anwenderin verhindern sollen. In Ländern, in denen Frauen eine schwache gesellschaftliche Stellung haben, und in denen die Verwendung von Kondomen abgelehnt wird, könnten Mikrobizide zukünftig ein wirksames Mittel zum Schutz der Frauen vor HIV/Aids werden, da sie in Eigenverantwortung von Frauen angewendet werden können. Generell sind Mikrobizide zu begrüßen, da sie den Frauen die Möglichkeit des Selbstschutzes vor einer HIV-Infektion ermöglichen. Die experimentelle Entwicklung von Mikrobiziden ist hochkomplex, die Erforschung im Labor entwickelter Mikrobizide am Menschen jedoch noch viel komplizierter. Schon in der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass eine gute in vitro Effektivität von Mikrobiziden nicht automatisch mit einer guten Wirksamkeit in vivo verbunden ist. Das Mikrobizid Nonoxynol-9 war schleimhautschädigend und erhöhte so das Risiko für eine HIV-Infektion bei Anwendung. Anfang Februar dieses Jahres wurde der Abbruch zweier klinischer Studien an einem weiteren Mikrobizid (Ushercell) gemeldet, da das verwendete Mikrobizid das Risiko für eine HIV-Infektion erhöhte, statt es zu verringern. Die Ergebnisse einer unabhängigen Expertengruppe über die Ursache der unerwünschten Wirkung dieses Mikrobizids werden nicht nur auf großes Interesse in der Mikrobizid-Forscherwelt stoßen, sondern werden auch direkte Konsequenzen für die Ausgestaltung nachfolgender Studien nach sich ziehen müssen.

Eine Förderung der Mikrobizidforschung ist weiterhin sinnvoll; ebenso wichtig ist jedoch darauf hinzuweisen, dass vor einer breiten Anwendung noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Selbst bei erfolgreicher Entwicklung ist zu erwarten, dass Mikrobizide eine deutlich geringere Schutzwirkung als Kondome aufweisen werden; insofern sollten keine falschen Hoffnungen bezüglich der Wirksamkeit von Mikrobiziden geweckt werden. Die Applikation von Mikrobiziden stellt ein weiteres Problemfeld dar.

Da aktuell kein Mikrobizid verfügbar ist und die im fortgeschrittenen Teststadium befindlichen Mikrobizide keinen Schutz garantieren und auch die Darreichungsformen noch nicht für eine Langzeitverfügbarkeit des Wirkstoffes optimiert sind, ist auf lange Sicht die Entwicklung eines Impfstoffes die vielversprechendste Möglichkeit der Infektionsprävention. Verstärkte Kondomnutzung und Aufklärungskampagnen müssen weiterhin mit der Entwicklung von Mikrobiziden und Impfstoffen einhergehen.

Das Thema Mikrobizide kann nur in einer gemeinschaftlichen internationalen Aktivität vorangebracht werden. Daher setzt sich die Bundesregierung im Rahmen von EDCTP für entsprechende Forschungsanstrengungen ein. Auf europäischer Ebene befasst sich ebenfalls das Netzwerk EMPRO (European Microbicides Project), mit deutscher wissenschaftlicher Beteiligung, mit der Mikrobizidforschung.

Die Bundesregierung fördert darüber hinaus die Mikrobizid-Forschung über das „International Partnership for Microbicides“ (IPM) und hat aus dem Haushalt des BMZ dafür Mittel in Höhe von 1 Mio. Euro jährlich zugesagt.

56. Wie versucht die Bundesregierung sicherzustellen, dass Impfstoffe, frauen-kontrollierte Präventionsmethoden u. a. den Entwicklungsländern zur Verfügung stehen und deren Zugang hierzu nicht behindert wird?

Der Einsatz von Impfstoffen ist als eine der zentralen Strategien zur Vermeidung von Infektionskrankheiten von höchster Bedeutung in allen Gesundheitssystemen. Die Bundesregierung unterstützt daher die WHO-Impfempfehlungen für Entwicklungsländer und fördert die Einrichtung und Umsetzung nationaler Impfprogramme als Teil eines integralen Ansatzes zur Gesundheitssystemstärkung in den Partnerländern. Daneben fördert sie, in enger Zusammenarbeit mit UNICEF und WHO, seit Jahren auch gezielt die Polioimpfprogramme Indiens.

Der Zugang zu frauenkontrollierten Präventionsmethoden wird im Rahmen der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit mit UNFPA, IPPF und WHO durch die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Programmen unterstützt, die dem Recht von Frauen auf freie Entscheidung über Kinderzahl und den Zeitraum von Schwangerschaften dienen. Auch in der bilateralen Zusammenarbeit werden Programme der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie die gezielte Bereitstellung von Verhütungsmitteln gefördert.

Im Kontext von HIV/Aids wird neben der Verbreitung von Verhütungsmitteln wie weiblichen Kondomen (die vor Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten schützen) auch die Entwicklung von Mikrobiziden unterstützt (siehe auch Antwort zu Frage 55).

57. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass Medikamente und Impfstoffe von Regierungsmitgliedern und führenden Militär- und Polizeibeamten in Entwicklungsländern illegal einbehalten werden, um sich selbst damit zu versorgen?

Wenn ja, was unternimmt die Bundesregierung dagegen?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor; sie ist daher in diesem Bereich nicht aktiv.

58. Hat die Bundesregierung Kenntnis über unethische Medikamententests in Entwicklungsländern?

Wenn ja, welche und was unternimmt die Bundesregierung dagegen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine gesicherten Kenntnisse vor. Dass in Entwicklungsländern klinische Prüfungen durchgeführt werden, die weder den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki noch der Guten Klinischen Praxis entsprechen, ist jedoch nicht auszuschließen.

Die in der Bundesrepublik und der Europäischen Gemeinschaft geltenden hohen Standards für die Durchführung klinischer Prüfungen sind in Drittstaaten nicht unmittelbar durchsetzbar. Pharmazeutische Unternehmen aus Drittstaaten oder solche, die eine klinische Prüfung in einem Drittstaat durchgeführt haben, müssen allerdings nach Artikel 8 Abs. 3 der Richtlinie 2001/83/EG sowie Artikel 6 Abs. 1 der Verordnung (EG) 726/2004, wenn sie eine arzneimittelrechtliche Zulassung innerhalb der EU beantragen, eine Erklärung abgeben, dass die klinischen Versuche, die außerhalb der EU durchgeführt wurden, den ethischen Anforderungen der Richtlinie 2001/20/EG über die Anwendung der Guten klini-

schen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln gleichwertig sind. Diese Anforderung ist in § 22 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Arzneimittelgesetzes übernommen worden. Die entsprechenden Angaben werden im Rahmen des Zulassungsverfahrens von der zuständigen Behörde überprüft.

59. Plant die Bundesregierung in Zukunft die Unterstützung der GAVI Alliance, die sich seit dem Jahr 2000 für die Förderung von weltweiten Impfungen im Kampf gegen Infektionskrankheiten einsetzt?

Wenn ja, ab wann und in welcher Höhe?

Die Bundesregierung förderte die GAVI Allianz zum ersten Mal in 2006 mit 4 Mio. Euro, für 2007 werden weitere 4 Mio. Euro bereitgestellt.

60. Wenn nein, warum nicht?

Siehe Antwort zu Frage 59.

61. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die meisten Entwicklungsländer viele der überlebensnotwendigen Stoffe, wie etwa die Grundsubstanzen zur Behandlung von Malaria oder Tuberkulose vor Ort produzieren könnten?

Dieser Sachverhalt ist der Bundesregierung sehr gut bekannt. Gleichwohl müssen die Risiken und Chancen einer lokalen Medikamentenproduktion jeweils im Einzelfall betrachtet und bewertet werden.

Generikaproduktion von Basismedikamenten findet darüber hinaus in vielen Ländern statt, wobei nicht alle Hersteller internationale Standards einhalten. Die Rahmenbedingungen für Qualitätssicherung, institutionelle Probleme und ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften lassen in vielen Fällen bezweifeln, ob die Hersteller internationale Qualitäts- und Produktivitätsstandards erreichen können. Darüber hinaus existieren in Ländern mit unzureichenden Regulierungsvoraussetzungen auch Probleme, gegebenenfalls bestehende Regulierungen und Standards in der Praxis durchzusetzen. In vielen kleinen Ländern mit niedrigem Einkommen ist auch das Marktpotenzial zu gering, um eine lokale Produktion von Arzneimitteln aus wirtschaftlicher Perspektive sinnvoll möglich zu machen, so lange keine Exportmärkte vorhanden sind.

62. Was unternimmt die Bundesregierung, um die eigene Medikamentenproduktion in den Entwicklungsländern zu fördern, damit diese unabhängiger von kostenintensiven Importen sind?

Das BMZ finanziert ein Sektorvorhaben, das sich speziell mit Fragen der Nutzung der Flexibilitäten des TRIPS-Abkommens der WTO befasst und unter anderem die Möglichkeiten lokaler Produktion von Arzneimitteln in Partnerländern untersucht.

Bevölkerungsreiche Entwicklungs- bzw. Schwellenländer wie China, Indien und Brasilien haben bereits eine robuste Generikaindustrie und exportieren Medikamente in relativ großem Maßstab. In diesen Ländern besteht weiteres Potenzial für Forschung und Entwicklung, wobei diese Möglichkeiten teilweise durch patentrechtliche Regelungen zum Schutz des geistigen Eigentums eingeschränkt wurden.

Länder wie Ägypten, Mexiko, Thailand und Südafrika verfügen über eine Generikaindustrie, die viele Arzneimittel produziert und bei innovativen Arzneimitteln potenziell in der Lage sein könnte, qualitativ international wettbewerbsfähig zu werden, wenn die erforderlichen Zertifizierungen erworben werden (zum Beispiel durch Absolvierung der Präqualifikationsregelungen der WHO). Die Chancen hierfür unterscheiden sich von Land zu Land und hängen von den lokalen Umständen ab. Hier besteht ein potenzielles Feld für fachliche Unterstützung und Kooperation.

Im Rahmen von Private Public Partnerships (PPP) kooperiert das BMZ mit Unternehmen, um zum Aufbau lokaler Medikamentenproduktion beizutragen. Als konkrete Beispiele sind drei PPP-Maßnahmen zu nennen, die sich explizit mit der Erreichung und Einhaltung internationaler Arzneimittelnormen durch Qualifizierung von lokalen Arzneimittelproduzenten (Syrien und Kenia/Tansania) befassen sowie ein Vorhaben in der Republik Kongo zur pilothaften Produktion und Einführung von ARV.

Zurzeit befindet sich eine PPP-Maßnahme zur Produktion eines auf Pflanzensubstanzen basierenden Kombinationspräparates zur Malariabehandlung in Vorbereitung (Artimisinin Based Combination Therapy).

63. Was unternimmt die Bundesregierung, um die eigene Forschung und Vermarktung der resultierenden Ergebnisse in Entwicklungsländern voranzutreiben?

Die Bundesregierung treibt grundsätzlich keine „eigene Forschung in Entwicklungsländern“ voran. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 53 verwiesen.

64. Wie beurteilt die Bundesregierung die Fortschritte bei der Umsetzung des „Übereinkommens über handelsbezogene Aspekte der Rechte geistigen Eigentums“ (engl. kurz TRIPs) in Entwicklungsländern, welches im Rahmen der Welthandelsrunde in 1994 vereinbart worden ist?

Ende August 2003 ist vom Allgemeinen Rat der WTO in der umstrittenen Frage der „grenzüberschreitenden Zwangslizenzen“ eine Einigung erzielt worden. Der Beschluss ermöglicht es, unter erleichterten Bedingungen Zwangslizenzen für den Export von Medikamenten in arme Länder ohne ausreichende eigene Produktionskapazitäten zu erteilen (so genannte TRIPS-Flexibilitäten). Der Beschluss wurde als Artikel 31f Ende letzten Jahres in das TRIPS-Abkommen übernommen. Bisher gibt es aber noch keinen Anwendungsfall der Neuregelung.

65. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass die USA vermehrt bilaterale Handelsverträge mit Entwicklungsländern vereinbaren und darin die Nutzung von Generika in den jeweiligen Entwicklungsländern weitgehender als über das TRIPs-Abkommen verschärfen?

Die Bundesregierung beurteilt solche Vereinbarungen kritisch, soweit sie den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten für die Ärmsten erschweren.

66. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeiten der Zulassung von Medikamenten in Entwicklungsländern?

Die Zulassung von Medikamenten und die Überwachung ihrer Qualität ist eine nationale Aufgabe. Arzneimittel bedürfen daher der Zustimmung der jeweiligen Regulierungsbehörde, um im Land zugelassen und vertrieben zu werden. Allerdings erfordert dieses Mandat einen robusten institutionellen Rahmen: eine angemessene Gesetzgebung, Mittelausstattung und Verwaltungsstrukturen sowie eine solide wissenschaftliche Expertise. In vielen Entwicklungsländern ist diese Kapazität nur unzureichend vorhanden und wird durch Politikberatung im Rahmen eines allgemeinen Gesundheitssystemstärkungsansatzes gestärkt. Wertvolle Unterstützung leistet auch die WHO im fachlich-wissenschaftlichen Bereich über ihr „Prequalification Project“, das die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Medikamente und die fachliche Kapazität der Regulierungsbehörden gleichzeitig fördert. Über das „Prequalification Project“ wurde bisher 103 Arzneimitteln gegen HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria ein ausreichender Qualitätsstandard bescheinigt.

Auch die Bundesregierung unterstützt den Aufbau von Qualitätsinfrastruktur in der Pharmaindustrie in Entwicklungsländern als notwendige Voraussetzung für die Zulassung lokal produzierter Medikamente. Darüber hinaus unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik die Umsetzung der TRIPS-Flexibilitäten auf nationaler Ebene. Hierzu fördert sie beispielsweise ein Treuhandprojekt der UNCTAD, das die am wenigsten entwickelten Länder (Least Developed Countries – LDCs) unterstützt, ihre nationale Gesetzgebung anzupassen, sodass sie die Flexibilitäten des TRIPS-Abkommens optimal nutzen können. Zu diesem Zweck wurde gemeinsam mit der WHO ein Handbuch entwickelt.

67. Gibt es Bestrebungen der Bundesregierung die Zulassungsverfahren von Medikamenten für die „Armutskrankheiten“ in Entwicklungsländern zu harmonisieren, damit die Markteinführung von neuen wichtigen Medikamenten vereinfacht und beschleunigt wird?

Der unter Frage 66 erwähnte Politikansatz zur Umsetzung der TRIPS-Flexibilitäten zielt auf die vereinfachte und beschleunigte Markteinführung von Medikamenten. Allerdings können nur die Entwicklungsländer selbst über eine Harmonisierung ihrer Zulassungsverfahren entscheiden.

68. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass in Entwicklungsländern falsch wirkende oder nicht wirksame Medikamente, insbesondere Kombipräparate, Verwendung finden?

Wenn ja, was unternimmt sie dagegen?

Der Bundesregierung ist die Problematik von gefälschten und nicht wirksamen Medikamenten in Entwicklungsländern bekannt. Zahlen über eine besondere Problematik von Kombinationspräparaten liegen nicht vor. Die WHO weist seit vielen Jahren darauf hin, dass auch in den Entwicklungsländern ein effektives Überwachungssystem für den Verkehr mit Arzneimitteln etabliert werden muss. Bemühungen von außen können nicht effektiv sein, wenn hoheitliche Kontrollmechanismen, zum Beispiel funktionierende Gesundheitsbehörden, nicht etabliert sind. Arzneimittelfälscher unterlaufen allerdings entsprechende Bemühungen der Entwicklungsländer systematisch. Nach neuesten Schätzungen der WHO können in einigen Entwicklungsländern zwischen 10 Prozent und 30 Prozent der angebotenen Arzneimittel keine oder nicht die richtigen Wirkstoffe enthalten sein. Das Spektrum dieser Fälschungen reicht von unwirksamen bis zu toxischen Produkten.

Die dadurch mögliche Gesundheitsgefährdung ist – zumal bei der Bekämpfung schwerer Erkrankungen wie HIV/Aids und Malaria – offensichtlich. Die Bundesregierung unterstützt daher nachhaltig, auch mit finanziellen Mitteln, die Bemühungen der WHO zur weltweiten Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen. Die Gründungsversammlung der zu diesem Zweck von der WHO ins Leben gerufenen „Medicinal Products Anti-Counterfeiting Taskforce“ (IMPACT), die am 15./16. November 2006 in Bonn stattfand, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit organisiert und finanziell unterstützt sowie inhaltlich mit vorbereitet.

Das BMZ unterstützt in einigen Regionen, besonders in Ostafrika, den Aufbau von Qualitätssicherungssystemen sowie Zertifizierungsverfahren für Medikamente nach internationalen Standards.

Die deutsche Technische Zusammenarbeit hat sich im Auftrag des BMZ gemeinsam mit der WHO über viele Jahre beratend am Aufbau nationaler Arzneimittel-Regulierungsbehörden beteiligt.

Im Rahmen der deutschen Finanziellen Zusammenarbeit werden in vielen Programmen essentielle Medikamente und Kontrazeptiva beschafft. Bei mittels der Finanziellen Zusammenarbeit finanzierten Medikamentenlieferungen in Entwicklungsländer gelten OECD-Regelungen, die in der Mehrzahl der Fälle eine internationale öffentliche Ausschreibung vorsehen, an welchen auch lokale Produzenten aus Entwicklungsländern teilnehmen können. Dabei werden Qualitätsstandards vorgegeben, die international üblichen – in der Regel von der WHO definierten – Standards entsprechen und „pre- und post-shipment Tests“ der Medikamente auf Übereinstimmung mit den Spezifikationen vorsehen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333